

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento

**As significações relativas ao corpo e a relação
mãe-bébé ao longo do processo gravídico**

Ana Meireles Sousa Pires

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento

**As significações relativas ao corpo e a relação
mãe-bébé ao longo do processo gravídico**

Ana Meireles Sousa Pires

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,
para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, sob
a orientação da Professora Doutora Maria Emília Costa.

Trabalho financiado pela Fundação para a Ciência e
Tecnologia e pelo Fundo Social Europeu, no âmbito do
III Quadro Comunitário de Apoio, com a bolsa de
doutoramento SFRH / BD / 1392 / 2000

Agradecimentos

Na altura de finalizar todo o trabalho conduzido ao longo destes anos, é fundamental o reconhecimento pelos ensinamentos proporcionados, pelas angústias e os sucessos partilhados, pelos conselhos e apoios recebidos (tantas vezes, espontâneos, tantas vezes inesperados, tantas vezes extraordinários)... pelo que cabe agora, num exercício de *flash-back* (que é de certa forma ingrato), destacar todos aqueles com quem este caminho foi partilhado... fazendo-o menos tortuoso e solitário... fazendo com todo este percurso fizesse sentido...

Em primeiro lugar, tenho que agradecer à minha Orientadora, em particular pelos contributos na concepção e definição do projecto... pelo acompanhamento do seu decurso... pela exigência... mas também pela compreensão... por ter confiado em mim e em todo o projecto...

Logo, logo, não posso deixar de sublinhar toda a disponibilidade que a Professora Doutora Paula Mena Matos sempre dedicou... na reflexão de conceitos e metodologias, na partilha de decisões, no incentivo subtil mas persistente...

À Professora Doutora Liliana Sousa, por todo o apoio às opções metodológicas e estatísticas, pelas aprendizagens e encorajamentos proporcionados no tratamento dos dados e que tantas vezes constituiu o meu "norte"...

À Marta Teixeira Bastos, companheira de percurso, pelos conhecimentos, pela paciência, pela disponibilidade, pela amizade... pelas vezes todas em que esteve presente, mas também por todas aquelas em que, não estando, continuou “lá”...

À Isabel Torres, pelos momentos bons e pelos momentos difíceis partilhados, por todos os dias de trabalho, mas também por todo o tempo “deitado fora”, sem o qual, esse trabalho não teria sido possível... por todos os “miminhos” que tantas vezes adoçaram o percurso...

Mas também aos colegas de percurso (e de gabinete) e, em especial, à Joana Cabral, ao Nuno Carneiro, ao Pedro Ferreira... sempre disponíveis, sempre sabedores, sempre calorosos... e que tantas provas de companheirismo, generosidade e amizade sempre demonstraram...

À Alexandra, à Marinha, à Raquel, ilustres investigadoras, que, em toda a prolongada (e muito atribulada) recolha de dados, foram sempre a minha “rede”, que estiveram sempre lá... e continuam a estar...

Ao Dr. Carlos Gonçalves, à Dra. Inês Nascimento, à Professora Doutora Isabel Menezes, à Dra. Joana Oliveira, à Dra. Graça Silva, à Dra. Raquel Barbosa, pelo incentivo e disponibilidade com que acompanharam todo o percurso.

À minha mãe, por todas as traduções, revisões, discussões, reflexões... por todas as contribuições que sempre prestou... por ter acreditado neste projecto... e em mim... mas também à Ana Sucena, à Ana Reis, à Cândida Fernandes, à Cristina Allegro, à Rita e ao Vasco, ao meu pai, por, de diferentes formas, terem ajudado a “aguentar o barco”...

Aos meus filhotes, por me terem ensinado tanto sobre a experiência da gravidez e sobre a relação mãe-bebé...

Ao Luís... por tudo.

Resumo

A gravidez é uma etapa desenvolvimental que supõe uma redefinição psicossocial em torno das tarefas de construção da identidade materna e de envolvimento emocional com o bebé. A vivência do corpo tem um papel fundamental na resolução destas duas tarefas psicológicas. Neste estudo, considerou-se fundamental explorar a vivência corporal da grávida e sua relação com a construção da própria relação mãe-bebé, tendo também em conta a qualidade da vivência da gravidez, a vinculação ao pai e à mãe e a satisfação conjugal, tendo-se recorrido a uma amostra transversal de 364 grávidas, distribuídas homogeneamente pelos três trimestres de gestação. Esta análise transversal das variáveis foi complementada por uma análise longitudinal, tendo sido acompanhado um grupo de 50 grávidas primíparas ao longo da gravidez. As estruturas factoriais e as propriedades psicométricas dos instrumentos foram exploradas numa adaptação ao presente estudo. Os resultados foram tratados em termos de diferenças de médias, analisando-se a influência de um conjunto de variáveis sociodemográficas e gravídicas sobre a vivência corporal e a relação mãe-bebé. Foi então conduzida uma análise desenvolvimental destas dimensões, que evidenciou a natureza processual da relação mãe-bebé. Estabeleceu-se ainda a sua associação com a vivência da gravidez, a relação conjugal e a relação com os próprios pais. A análise de resultados culminou na exploração da associação entre a vivência do corpo e a relação mãe-bebé, objectivo principal deste estudo, encontrando-se uma correlação muito significativa entre estas dimensões. Também a importância da relação conjugal e da relação com os pais foi evidenciada. Finalmente, foi testado um modelo de regressão que permitiu sistematizar os principais resultados, em que se destacam os valores relativos à *Vivência do corpo grávido*. Estes resultados foram discutidos em termos do papel da vivência corporal na construção da relação mãe-bebé na gravidez, desenvolvendo-se uma reflexão orientada para as suas implicações para a compreensão dos processos de funcionamento e desenvolvimento psicológicos, que possa proporcionar pistas para a intervenção psicoterapêutica neste domínio.

Abstract

Pregnancy is seen as a development phase involving a psychosocial redefinition concerning both the construction of maternal identity and mother-child relationship. Body experience has, thus, a major role in the achievement of these two psychological tasks. In the present study the pregnant woman's body experience and its association with the construction of mother-child relationship was explored, considering also the quality of the experience of pregnancy, pregnant woman's attachment to her father and mother and marital satisfaction. For that, this study used a transversal sample of 364 pregnant women at the three different pregnancy stages. This transversal analysis of the variables was combined with a longitudinal analysis of a group of 50 primiparae, along their pregnancy stages. The factorial structures and the psychometric properties of the scales were adjusted to the present study. Results were treated considering the differences in mean and then, analysed the influence of a group of socio demographic and pregnancy variables on the body experience and on the mother-child relationship. The study proceeded with a developmental analysis of these dimensions, which enhanced the process nature of mother-child relationship. Further associations of this mother-child relationship with pregnancy experience, marital relation and parental relationship were established. The analysis of the results highlighted the association between body experience and mother-child relationship, main goal of this study, where a strong correlation between these two dimensions was found. The importance of marital relation and parental relationship was also shown. Finally, a model of regression allowing the systematisation of the main results was tested, through which the scores concerning the body experience of pregnancy outstand. These results are discussed highlighting the role of body experience in the construction of mother-child relationship in pregnancy and focused on the implications for a better comprehension of the psychological processes and development, which led to clues towards psychotherapeutic intervention on this subject.

Résumé

La grossesse est une étape de développement qui suppose une redéfinition psychosociale autour des tâches de construction de l'identité maternelle et de l'attachement émotionnel du bébé. Le mode de vie du corps a un rôle fondamental dans la résolution de ces tâches psychologiques. Dans cette étude, on considère primordial explorer la vivence du corps de la femme enceinte et sa relation avec la construction de la relation mère-bébé, en tenant en compte aussi la qualité de la vivence pendant la grossesse, le lien au père et à la mère et la satisfaction conjugale. Pour cela, on a travaillé sur un échantillon transversal de 364 femmes enceintes, réparties homogènement sur les trois trimestres de gestation. Cette analyse transversale des variables a été complémentée par une analyse longitudinale, ayant été fait un accompagnement à un groupe de 50 femmes enceintes primipares au long de la grossesse. Les structures factorielles et les propriétés psychométriques des instruments ont été explorées de façon appropriée à cette étude. Les résultats ont été abordés en considérant les différences de moyennes, on a analysé l'influence d'un ensemble de variables sociodémographiques et de grossesse au sujet du mode de vie du corps et du rapport mère-bébé. On a, alors, élaboré une analyse du développement de ces dimensions qui a mis en relief la nature processive de la relation mère-bébé. On établit aussi liaison avec le mode de vie de la grossesse, la relation conjugale et la relation avec les parents. L'analyse des résultats a abouti à l'exploration de la liaison entre la vivence du corps et la relation mère-bébé, thème principal de cette étude, et on a trouvé une corrélation très significative entre ces deux dimensions. On a aussi mis en relief l'importance de la relation conjugale et de la relation avec les parents. Finalement, on a testé un modèle de régression qui a permis systématiser les principaux résultats où sont mis en évidence les valeurs relativement au mode de vie du corps pendant la grossesse. Ces résultats ont été abordés ayant comme perspective le rôle la vivence du corps dans la construction de la relation mère-bébé pendant la grossesse et de cette façon on a développé une réflexion dirigée vers ses implications et vers la compréhension des procédés de fonctionnement et de développement psychologique qui puissent fournir des pistes pour une intervention psychothérapeutique dans ce domaine.

Índice

CAPÍTULO 1. A EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ	16
1.1. CONTRIBUIÇÃO DAS TEORIAS PSICODINÂMICAS	18
1.1.1. DINÂMICA EMOCIONAL DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ	19
1.1.2. RELAÇÃO COM A MÃE	20
1.2. TEORIAS DA VINCULAÇÃO	21
1.3. PERSPECTIVAS DESENVOLVIMENTAIS E ECOLÓGICAS	28
1.3.1. DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL DA GRAVIDEZ	28
1.3.2. DIMENSÃO ECOLÓGICA DA GRAVIDEZ	30
1.4. PROCESSO GRAVÍDICO: VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ E TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS	39
PANORÂMICA LONGITUDINAL	39
CAPÍTULO 2. A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ	45
2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ	45
2.1.1. ORIGEM PRENATAL DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ	46
2.1.2. ABORDAGENS E DEFINIÇÕES DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ	47
2.1.3. VINCULAÇÃO PARENTAL: A RELAÇÃO PARENTAL COMO UMA RELAÇÃO DE VINCULAÇÃO	54
2.1.4. MODELO HIERÁRQUICO DA VINCULAÇÃO ADULTA: UMA PERSPECTIVA INTEGRADORA	72
2.2. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ	82
2.3. FACTORES E DIFICULDADES DA VINCULAÇÃO PRENATAL	84
2.3.1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA VINCULAÇÃO PRENATAL	84
2.3.2. INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS NA VINCULAÇÃO PRENATAL	92
2.3.3. INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA VINCULAÇÃO PRENATAL	96
2.3.4. INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS RELACIONAIS NA VINCULAÇÃO PRENATAL	101
2.3.5. MULTIPLICIDADE E COMPLEXIDADE DOS DETERMINANTES DA PARENTALIDADE	106
CAPÍTULO 3. A VIVÊNCIA DO CORPO NA GRAVIDEZ	109
3.1. A VIVÊNCIA DO CORPO	110
3.1.1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES	110
3.1.2. NATUREZA HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTAL DA VIVÊNCIA DO CORPO	117
3.1.3. NATUREZA RELACIONAL DA IMAGEM CORPORAL	120
3.1.4. A VIVÊNCIA DO CORPO E A IDENTIDADE	123
3.2. DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA CORPORAL NA GRAVIDEZ	125
3.3. VIVÊNCIA CORPORAL NA GRAVIDEZ	128
3.3.1. O PAPEL DO CORPO NA GRAVIDEZ	128
3.3.2. PAPEL DO CORPO NAS TAREFAS PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ	129
3.3.3. A ESPECIFICIDADE DA VIVÊNCIA CORPORAL DA GRAVIDEZ	130
SÍNTESE TEÓRICA	139

CAPÍTULO 4. A METODOLOGIA	143
4.1. OBJECTIVO DO ESTUDO	143
4.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	145
4.3. DESENHO METODOLÓGICO	151
4.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS	152
4.4.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS	152
4.4.2. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DOS DADOS	153
4.5. PARTICIPANTES	155
4.5.1. SELECÇÃO DA AMOSTRA	155
4.5.2. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	155
4.6. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	160
4.6.1. AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ	162
4.6.2. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ	169
4.6.3. AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DO CORPO	178
4.6.5. AVALIAÇÃO DA VINCULAÇÃO	183
4.6.6. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO CONJUGAL	187
4.6.7. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	189
CAPÍTULO 5. CONSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	195
5.1. ASPECTOS RELATIVOS AO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	195
5.2. PROCESSO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	199
5.2.1. MATERNAL ADJUSTMENT AND MATERNAL ATTITUDES (MAMA)	199
5.2.2. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ (QAG)	204
5.2.4. MATERNAL ANTENATAL EMOTIONAL ATTACHMENT SCALE (MAES)	219
5.2.5. BODY INVESTMENT SCALE (BIS)	222
5.2.6. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS CONJUGAIS (EASAC)	227
5.2.7. QUESTIONÁRIO DA VINCULAÇÃO AO PAI E À MÃE (QVPM)	229
5.3. CONCLUSÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	235
CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	242
6.1. EFEITO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E GRAVÍDICAS	243
6.1.1. EFEITO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E GRAVÍDICAS NA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ	243
6.1.2. EFEITO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E GRAVÍDICAS NA VIVÊNCIA DO CORPO	249
6.2. AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS	256
6.2.1. AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ	256
<i>A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E A VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ</i>	256
<i>A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E A RELAÇÃO CONJUGAL NA GRAVIDEZ</i>	258
<i>A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E A RELAÇÃO COM OS PAIS</i>	259
6.2.2. AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E A VIVÊNCIA DO CORPO	261
<i>A VIVÊNCIA DO CORPO E A VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ</i>	261
<i>A VIVÊNCIA DO CORPO E RELAÇÃO CONJUGAL NA GRAVIDEZ</i>	262

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

<i>A VIVÊNCIA DO CORPO E RELAÇÃO COM OS PAIS</i>	263
SINTESE DE RESULTADOS: ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS COM A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E A VIVÊNCIA DO CORPO	265
6.3. ANÁLISE DESENVOLVIMENTAL	267
6.3.1. ANÁLISE DESENVOLVIMENTAL DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ	267
6.3.2. ANÁLISE DESENVOLVIMENTAL DA VIVÊNCIA CORPORAL	271
6.4. ASSOCIAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ COM A VIVÊNCIA DO CORPO	274
6.4.1. A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E AS DIMENSÕES CORPORAIS	274
6.4.2. OS DETERMINANTES DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ	276
SÍNTESE FINAL DOS RESULTADOS	280
 <u>CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES</u>	 <u>284</u>
 7.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	 284
7.1.1. A INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E NA VIVÊNCIA CORPORAL	286
7.1.2. A INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS GRAVÍDICAS NA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E NA VIVÊNCIA CORPORAL	293
7.1.3. DESENVOLVIMENTO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ EM FUNÇÃO DO TEMPO E DAS EXPERIÊNCIAS GRAVÍDICAS	310
7.1.4. VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ENVOLVIDAS NA VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ	316
7.1.5. A VIVÊNCIA DO CORPO NA GRAVIDEZ	331
7.1.6. RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E VIVÊNCIA DO CORPO NA GRAVIDEZ	341
7.2. CONCLUSÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA GRAVIDEZ	349
 <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	 <u>356</u>
 <u>ANEXOS</u>	 <u>387</u>

Lista de Quadros

Quadro 1.	Caracterização da Amostra Global
Quadro 2.	Caracterização da Amostra Parcial
Quadro 3.	Maternal Adjustment And Maternal Attitudes (MAMA)
Quadro 4.	Validação da Relação Conjugal na Gravidez
Quadro 5.	Validação da Atitude Positiva face à Gravidez
Quadro 6.	Questionário de Avaliação da Gravidez (QAG)
Quadro 7.	Correlação do QAG com o QVM
Quadro 8.	Correlação do QAG com o BIS e o MAMA
Quadro 9.	Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)
Quadro 10.	Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale (MAES)
Quadro 11.	Body Investment Scale (BIS)
Quadro 12.	BIS: Correlação entre as subescalas
Quadro 13.	Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais (EASAC)
Quadro 14.	Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM): Versão Pai
Quadro 15.	Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM): Versão Mãe
Quadro 16.	Relação Mãe-Bebé e Variáveis Sociodemográficas
Quadro 17.	Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Paridade
Quadro 18.	Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Gravidez Planeada e Gravidez Desejada
Quadro 19.	Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Dificuldade em engravidar
Quadro 20.	Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Gravidez de Risco
Quadro 21.	Relação com o Corpo e Variáveis Sociodemográficas
Quadro 22.	Relação com o Corpo e Variáveis Gravídicas: Paridade
Quadro 23.	Relação com o Corpo e Variáveis Gravídicas: Gravidez Planeada e Gravidez Desejada
Quadro 24.	Correlação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência da Gravidez
Quadro 25.	A Relação Mãe-Bebé e a Relação conjugal na gravidez
Quadro 26.	A Relação Mãe-Bebé e a Vinculação à Mãe e ao Pai
Quadro 27.	Correlação entre a Vivência do Corpo e a Vivência da Gravidez
Quadro 28.	Correlação da Vivência do Corpo com a Relação conjugal na gravidez
Quadro 29.	Correlação da Vivência do Corpo com a Relação com os Pais
Quadro 30.	Síntese: Correlação das Variáveis Psicossociais com a Relação Mãe-Bebé e com a Vivência Corporal
Quadro 31.	A Relação Mãe-Bebé e as Variáveis Processuais
Quadro 32.	A Relação Mãe-Bebé ao longo da Gravidez
Quadro 33.	A Relação com o Corpo nos trimestres de gravidez
Quadro 34.	A Vivência do corpo ao longo da gravidez
Quadro 35.	Vivência do Corpo e a Relação Mãe-Bebé
Quadro 36.	Variáveis Predictoras da Relação Mãe-Bebé

INTRODUÇÃO

Neste estudo da experiência de gravidez, privilegiou-se uma abordagem desenvolvimental-ecológica, pois, se por um lado, esta constitui reconhecidamente um período de desenvolvimento para a mulher, a quem é exigido que enfrente mudanças a diversos níveis, por outro lado, a qualidade da resolução desta transição desenvolvimental depende de um conjunto de factores de diferentes níveis do seu ecossistema. Como transição desenvolvimental, a gravidez supõe a resolução de tarefas psicológicas específicas. A construção da relação mãe-bebé constitui uma tarefa psicológica essencial da gravidez e envolve dois processos complementares: a construção da identidade materna e a construção do envolvimento emocional com o bebé. A vivência do corpo e das transformações físicas da gravidez, tem um papel fundamental na resolução destes dois processos pois, confronta a mulher com a existência do bebé e com o seu novo papel de mãe.

O objectivo deste estudo consistiu, portanto, na compreensão da relação existente entre a vivência do corpo e a relação mãe-bebé na gravidez.

Dado termos enfatizado a natureza desenvolvimental destes processos, o tempo de gestação foi uma variável-chave, pois, todos estes factores que condicionam a vivência da gravidez, são “jogados” e reconstruídos ao longo do processo gravídico, numa dinâmica desenvolvimental que deverá convergir para a resolução das tarefas psicológicas da gravidez.

Deste modo, explorou-se a vivência corporal da grávida e sua influência na construção da própria relação mãe-bebé, num estudo que conciliou uma abordagem transversal e longitudinal, em três momentos de recolha de dados: no 1º, no 2º e no 3º trimestres de gestação. Para melhor compreender esta associação, considerou-se pertinente explorar também a aceitação e adaptação à gravidez, a satisfação conjugal e a relação da grávida com os seus pais. Outras variáveis sociodemográficas e relativas às circunstâncias gravídicas (como a idade, o estado civil, a paridade, o facto de a gravidez ter sido planeada e / ou desejada, a dificuldade em engravidar, a gravidez de risco, a história de depressão, a percepção de apoio social e o contexto sociocultural e profissional da grávida) foram tidas em conta, reconhecendo a sua possível influência sobre as dimensões em análise.

A apresentação deste trabalho, foi iniciada com o enquadramento teórico do estudo, em torno da conceptualização da experiência gravídica que constituiu o **primeiro capítulo**. Para tal, referiram-se alguns contributos das teorias psicanalíticas para abordar a dinâmica emocional da gravidez e o papel da relação com a própria mãe como elementos fundamentais na compreensão da vivência da gravidez. Segundo a perspectiva psicodinâmica, o desenvolvimento psicológico da gravidez ocorreria a partir do retorno às vivências da infância, destacando-se neste processo, o papel da relação com a própria mãe. Neste contexto, considerou-se também importante a compreensão da vivência da gravidez à luz das teorias da vinculação, que ressitua muito dos componentes psicodinâmicos numa nova forma de abordar o desenvolvimento do *self* e da relação com o outro. Para esta teoria, a vinculação da grávida à mãe é encarada como um processo que sendo construído nas relações precoces, é reconstruído ao longo de todo o desenvolvimento do sujeito. Este processo de reconstrução das relações precoces orientado para a tarefa psicológica de construção da identidade materna (de “*caregiver*”), será, portanto, equacionado nos termos da teoria da vinculação, em que se destaca o papel da qualidade da representação da vinculação da mãe na qualidade da relação que estabelece com o bebé. Neste âmbito, é também discutida, num **segundo capítulo**, a possibilidade de se considerar a relação mãe-filho como uma relação de vinculação, ainda no período gravídico, considerando-se que esta relação da mãe com o bebé é uma relação única e exclusiva, que implica afectos intensos, cuja perda implica um processo de luto, e que contribui para o desenvolvimento de um sentido interno de valor pessoal da própria mãe. A construção desta relação envolve dois processos complementares: a construção do papel materno e a identificação de um objecto de vinculação (envolvimento emocional com o bebé).

A vivência do corpo, abordada no **terceiro capítulo**, é uma dimensão crucial deste estudo, valorizando-se o seu papel na construção da relação mãe-bebé, pois confronta a mulher com a existência do bebé e com o seu novo papel de mãe. Portanto, é, em larga medida, a partir da vivência corporal gravídica, que uma mulher começa a sentir-se “diferente”, ie, começa a ver-se como mãe, destacando-se o próprio significado atribuído à “barriga grávida”. As experiências corporais contribuem também para a construção da representação e do envolvimento e interacção com o bebé na gravidez. Nesta exploração da relação com o corpo na gravidez, pretende-se não só evidenciar a importância da experiência corporal na vivência deste processo, como também

valorizar o impacto da gravidez na relação com o corpo. Procura-se, não só, contribuir para a compreensão da experiência psicológica da gravidez, como também, abordar (e questionar) a forma como a literatura tem (des)valorizado a dimensão corporal no funcionamento e desenvolvimento psicológico. É que, se por um lado, a investigação psicológica sobre o corpo se tem desenvolvido essencialmente em torno do conceito de imagem corporal e valorizando basicamente os (seus) aspectos (negativos) de insatisfação e percepção / distorção dessa imagem corporal, por outro lado, a centralidade da experiência corporal na vivência da gravidez não tem sido suficientemente abordada. Assim, procuraremos abordar a vivência corporal como uma dimensão inerente a toda a vivência gravídica, atravessando os diferentes domínios do desenvolvimento psicológico que ocorre nesta transição, envolvida quer na relação com o bebé e na construção da identidade materna, quer na reconstrução das relações da grávida com as suas figuras relacionais, mais ou menos próximas. Assim, fazemos nossas as palavras de Peggy Richardson (1990) que considera que “os padrões e as relações entre as variáveis da imagem corporal na gravidez exigem uma integração e elaboração tanto da investigação na imagem corporal como da investigação na dinâmica psicológica da gravidez” (Richardson, 1990: 94).

Com base neste enquadramento teórico, estabeleceu-se como objectivo central, num **quarto capítulo** referente à metodologia do estudo, a compreensão da relação existente entre a vivência do corpo e a relação mãe-bebé na gravidez, em função das quais se estabeleceu um conjunto de hipóteses, centradas na influência das variáveis sociodemográficas, gravídicas e das variáveis psicossociais nas dimensões em análise, bem como a sua análise desenvolvimental, e a correlação entre si. Este capítulo apresenta também todos os procedimentos de recolha e análise dos dados, bem como uma descrição da amostra utilizada. Termina com a descrição dos instrumentos, em que se enfatiza os critérios de selecção utilizados. Estes instrumentos foram adaptados ao presente estudo, pela exploração das respectivas estruturas factoriais e pela análise das suas propriedades psicométricas, tal como é sistematizado no **quinto capítulo**. Com estes procedimentos procurou assegurar-se uma maior robustez dos resultados com eles recolhidos, e que são apresentados no **sexto capítulo**, organizados de acordo com as hipóteses formuladas. Enfatizou-se, então, a discussão dos resultados, num **sétimo capítulo**, procurando integrar as questões teóricas privilegiadas e as propostas formuladas com os resultados encontrados, de modo a aprofundar a

compreensão dos processos psicológicos envolvidos na construção da relação mãe-bebé e na vivência corporal na gravidez. Com base nesta integração final apresentada na discussão dos resultados, procurou retirar-se conclusões em termos de pistas para a intervenção psicológica na gravidez que, articulassem a associação entre a relação mãe-bebé e a vivência do corpo que orientou este trabalho.

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

CAPÍTULO 1.

A EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ

CAPÍTULO 1. A EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ

O presente trabalho aborda a temática da gravidez, mas centrando-se claramente na mulher e descrevendo-a enquanto um processo desenvolvimental orientado para a resolução de tarefas psicossociais específicas.

Ser pai / mãe é normalmente descrito como uma das tarefas desenvolvimentais mais significativas da idade adulta. De facto, existem poucos acontecimentos na vida de um adulto tão transformadores como a experiência de gravidez. A complexa mudança inerente à gravidez envolve uma reorganização a todos os níveis da vida da mulher: físico, biológico, cognitivo, emocional, bem como a nível conjugal, familiar, profissional e social, transformando a relação da mulher com o seu corpo, com o seu *self*, com as suas figuras significativas, com o seu contexto social e profissional e com as estruturas sociais mais amplas (como os sistemas de saúde, de educação e de segurança social), proporcionando uma oportunidade única de desenvolvimento psicossocial.

Considerou-se assim pertinente neste primeiro capítulo começar por abordar a experiência psicológica da gravidez, sistematizando teorias que valorizam o desenvolvimento psicológico em torno destas dimensões intra, inter e transpessoais (Bronfenbrenner, 1979).

Para tal, começou por se recorrer às teorias psicanalíticas para abordar a dinâmica emocional da gravidez e o papel da relação com a própria mãe, como elementos fundamentais na compreensão da vivência da gravidez. Segundo a perspectiva psicodinâmica, o desenvolvimento psicológico da gravidez ocorreria a partir do retorno às vivências emocionais conscientes e inconscientes da infância, destacando-se neste processo, o papel da relação com a própria mãe. Assim, quando falamos de maternidade emerge naturalmente a necessidade de abordar a qualidade das relações precoces.

Neste contexto, considerou-se também importante a compreensão da vivência da gravidez à luz das teorias da vinculação, que ressitua muito dos componentes psicodinâmicos numa nova forma de abordar o desenvolvimento do *self* e da relação com o outro. É a partir desta teoria que a relação da grávida com a mãe será (re)abordada, já não só na perspectiva da relação com os pais na infância, mas encarando a vinculação como um processo que sendo construído nas relações

precoces, é reconstruído ao longo de todo o desenvolvimento do sujeito, podendo a própria gravidez constituir uma oportunidade de transformação dessa representação da relação com a mãe (Erikson, 1950). Este processo de reconstrução das relações precoces orientado para a tarefa psicológica de construção da identidade materna (de *caregiver*), será, portanto, equacionado nos termos da teoria da vinculação, em que se destaca o papel da qualidade da representação da vinculação da mãe na qualidade da relação que estabelece com o bebé.

Assim, depois de abordados os contributos psicodinâmicos que enriquecem a compreensão do discurso com interpretações sobre o significado e a vivência da maternidade, que permitem explorar as dimensões mais simbólicas e emocionais da vivência da gravidez (incluindo as ambivalências e contradições) e valorizando o papel do corpo no funcionamento e desenvolvimento psicológico, outras teorias foram também enfatizadas, na medida em que apresentam contributos relevantes na compreensão dos processos psicológicos da adaptação à gravidez e que valorizam outros aspectos no desenvolvimento e funcionamento psicológico. Referimo-nos à teoria da vinculação e às perspectivas desenvolvimentais-ecológicas que, sem deixarem de recolher muitos dos contributos da perspectiva psicodinâmica, pelo contrário, desenvolveram e alargaram alguns dos seus princípios. Deste modo, há uma recuperação do enfoque desenvolvimental, processual e relacional da construção da identidade (já presente nas perspectivas psicodinâmicas), mas este enfoque é alargado a todo o percurso do sujeito, não se esgotando o desenvolvimento psicológico nas vivências da infância, passando a ser valorizada a construção e reconstrução do *self*, ao longo do percurso de vida, com tarefas desenvolvimentais que pontuam esse percurso, e em diferentes contextos de desenvolvimento (que também não se esgotam nas relações de vinculação precoces e nas relações familiares).

Por conseguinte, a componente relacional é abordada numa perspectiva ecológica, na tentativa de ultrapassar a sobrevalorização (reducionista) da relação com a mãe, e, principalmente, de enfatizar o valor dos diferentes sistemas relacionais que envolvem e condicionam o sujeito psicológico ao longo do percurso desenvolvimental.

1.1. CONTRIBUIÇÃO DAS TEORIAS PSICODINÂMICAS

A redefinição do *self* e dos outros que é intrínseca à gravidez, foi evidenciada há muito por autores psicanalíticos que se dedicaram à compreensão psicológica da gravidez, descrevendo em particular as complexidades psicodinâmicas da primípara (Benedek, 1959; Bibring, 1959; Breen, 1975). Para estes autores, os desafios psicológicos da gravidez proporcionam oportunidades significativas de crescimento e integração. A maternidade constitui, para estes autores, uma oportunidade de resolver os dois problemas básicos da identidade sexual nuclear da mulher: a separação/individuação e a identificação com a própria mãe (Brazelton & Cramer, 1989), “constituindo assim uma anseio latente na generalidade das mulheres” (Mendonça, 2003, pp. 1). Esta abordagem teórica introduziu novas perspectivas de compreensão da vivência da gravidez (e dos processos psicológicos em geral). Assim, estes autores, chamaram a atenção para a compreensão do “mundo interior” do sujeito, dos estados emocionais e das relações íntimas que são estabelecidas, alargando o campo de estudo da psicologia aos níveis “pré-discursivos” (anteriores à linguagem) e extra-discursivos (elementos que vão além da linguagem, tais como as experiências corporais e emocionais, e do consciente ao inconsciente). De facto, a vivência da gravidez é construída não apenas por processos discursivos e conscientes, mas também, em grande parte, através de experiências corporais e emocionais. O *self*, que tem uma biografia pessoal emocionalmente carregada, tem um papel fundamental na construção de significados da vivência da gravidez.

No processo de construção da representação do bebé na gravidez, os psicodinâmicos tendem a valorizar o processo de diferenciação entre o *self* materno e o *self* do bebé, considerando uma evolução entre uma fase inicial de indiferenciação (ponto de partida) e uma fase final com a representação de um indivíduo separado de si (ponto de chegada) que culminaria com a experiência do parto. Assim, é fundamental para estes autores ter em conta em que medida a grávida é capaz de imaginar o seu bebé (como parte de si e ao mesmo tempo diferente de si) e em que medida é capaz de se imaginar como mãe, traduzindo a qualidade da resolução das tarefas desenvolvimentais da gravidez. Na medida em que consideramos que, ao longo do processo gravídico, a grávida está envolvida na construção de uma representação do bebé e de si própria

como mãe, é importante lembrar que essas representações estão imbuídas de significados subjectivos, enraizados nas suas próprias experiências de si e dos outros. Estas representações são, portanto, baseadas numa amálgama de projecções, expectativas, sonhos, atribuições da mãe (Lieberman, 1997). Essas representações, construídas pela grávida do bebé e de si como mãe, têm sido valorizadas como reflectindo a qualidade da resolução das tarefas da gravidez (Ammaniti et al, 1992; Stern & Bruschweiler-Stern, 1998).

1.1.1. DINÂMICA EMOCIONAL DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ

Acima da racionalidade e da coerência psicológica, as perspectivas psicodinâmicas valorizam o conflito, o irracional, o traumático, o imprevisível. A teoria psicanalítica é capaz de explicar porque é que um indivíduo acredita numa coisa e faz ou sente outra, pois entende o *self* como complexo e por vezes imprevisível na resposta a desejos inconscientes. Assim, estas perspectivas lembram-nos que, apesar da imagem mítica de felicidade serena que envolve a construção social da gravidez, na verdade, a grávida pode experienciar sentimentos quer positivos, quer negativos, por vezes muito intensos, e são comuns os medos, ansiedades e ambivalências diversas.

Muitos autores psicodinâmicos descreveram a labilidade afectiva da mulher grávida e enfatizam as dificuldades psicossociais deste período definido assim como um período de crise (Bibring, 1959; Bibring *et al*, 1961; Leifer, 1977, 1980; Trad, 1990^a, 1990^b, 1991).

Mas esta crise pode ser vista como fazendo parte do processo desenvolvimental de adaptação à maternidade, inerente ao processo de reconstrução do *self*. A gravidez é um período de transição psicológica durante o qual ocorre um processo de reorganização da identidade. Não é pois surpreendente que algum stress e algumas preocupações façam parte da gravidez normal (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998). No entanto, embora os psicodinâmicos encarem a gravidez como um período regressivo (associado a experiências psicopatológicas e disfuncionais), os estudos mostram que, de uma forma geral, as mulheres constroem uma representação positiva da sua gravidez (Couto, 1995) com sentimentos de bem-estar, satisfação pessoal e realização. Assim, sem deixar de se considerar o stress e a crise como elementos inerentes à

vivência da gravidez, é possível recuperar estes conceitos e reenquadrá-los numa perspectiva integradora que atenda à função desenvolvimental do desequilíbrio psicológico provocado por um acontecimento de vida tão transformador como a gravidez.

1.1.2. RELAÇÃO COM A MÃE

Um (outro) aspecto que as perspectivas psicodinâmicas valorizam unanimemente é o papel do processo de identificação com a própria mãe que ocorre na gravidez para a construção da identidade materna (ex: Breen, 1975). De facto, ao longo da gravidez a mulher tem que passar a ver-se como mãe. Neste processo, estes autores enfatizam a inevitabilidade do regresso às experiências de infância com a própria mãe que caracterizam como sendo um processo difícil e tenso, em que as ambivalências e os conflitos são inevitáveis (Deutsch, 1945; Pines, 1972). Para estes autores do campo da psicologia clínica, a gravidez evoca ansiedades, ambivalências e conflitos tão poderosos que, por vezes, a reorganização é difícil ou mesmo inviabilizada (Ballou, 1978; Deutsch, 1945; Leifer, 1977, 1980; Lester & Norman, 1986, 1988; Pines, 1972, 1988; Trad, 1990). Assim, o processo de reorganização da identificação materna pode ser comprometido por dificuldades na relação com a própria mãe, especialmente quando esta relação é marcada pela indiferença, pela rejeição ou pelo trauma. Para as grávidas que não tem na memória da sua mãe uma imagem de “boa mãe”, que não sentem qualquer identificação com a sua própria mãe, ou que não conseguem deixar de se sentir “más” face a essa relação, o ser mãe pode ser um processo assustador e a construção de uma identidade materna pode ser extremamente desafiante (Cohen & Slade, 2000).

Mas, ao longo de todo este processo, a experiência de se ver como criança em relação com a sua mãe, proporciona desejavelmente uma identificação com a sua mãe e um sentido de identidade materna. Assim, esta reconstrução da relação com a mãe ao longo do processo gravídico, pode também permitir à grávida ter uma visão mais positiva da sua mãe, e uma reintegração das suas experiências de criança, uma visão de si própria como mãe.

1.2. TEORIAS DA VINCULAÇÃO

“Recentemente os teóricos reconheceram que a psicologia valorizou o processo de individuação, esquecendo ou mesmo negligenciando a importância das ligações duráveis ou de dependência dos outros (...) [que] são a principal fonte de felicidade e sentido de vida para a maioria das pessoas” (Bartholomew, 1990, pp. 148).

A teoria da vinculação, apoiada em conceitos psicodinâmicos, proporciona-nos um contributo essencial para a compreensão da influência das relações precoces no desenvolvimento e funcionamento psicológico.

Para a teoria da vinculação, estas representações do *self*, dos outros e da relação com eles, estão enraizadas nas relações de vinculação construídas ao longo do percurso de desenvolvimento. Sendo que as experiências precoces são integradas em modelos internos dinâmicos (Bowlby, 1980).

Este conceito proporciona uma base para a compreensão das condições e dos mecanismos de transmissão intergeracional do funcionamento parental. Esta teoria propõe ainda processos de transformação dos modelos internos dinâmicos, identificando a natureza das experiências relacionais capazes de produzir mudanças dessas representações internas.

A teoria da vinculação de Bowlby postula que a interacção da criança com a figura cuidadora¹ é internalizada precocemente orientando assim as expectativas e avaliações da criança face às experiências relacionais posteriores. E apesar destas representações internas poderem ser modificadas pela experiência posterior, elas são consideradas resistentes à mudança, podendo influenciar a relação com o outro ao longo de toda a vida e, deste modo, podendo eventualmente ser transmitidas à geração seguinte (Bowlby, 1973, 1988).

As teorias da vinculação, inicialmente centradas na criança com Bowlby (1969 / 91) e com Ainsworth (1973), evoluíram no sentido de alargar e ajustar este conceito à

¹ Esta relação de “*care-giving*” (tal como está bem patente no termo anglo-saxónico, sem tradução directa para a nossa língua), tem, sem dúvida, o duplo sentido de assegurar a sobrevivência / bem-estar do bebé e de desenvolver uma relação afectiva com ele.

vinculação adulta. Os trabalhos de Main e colaboradores (George, Kaplan & Main, 1985; Main, Kaplan & Cassidy, 1985) e os da equipa de Hazan e Shaver (1987) marcaram o início dos estudos da vinculação no adulto, descentrando o foco de análise das variáveis externas e observáveis para aspectos internos e representacionais da vinculação, operacionalizando o conceito de modelos internos *dinâmicos* proposto inicialmente por Bowlby (1969 / 91).

Neste âmbito, a investigação tem valorizado duas abordagens.

A primeira abordagem da vinculação adulta, decorrendo directamente do desenvolvimento das perspectivas da vinculação infantil, enfatiza a forma como as experiências compostas pelas reacções da figura de vinculação da infância se constituem em esquemas cognitivo-afectivos com atitudes e crenças relativamente estáveis e coerentes sobre o *self* e os outros. Main e colaboradores salientam o papel dos modelos internos do *self* e do outro construídos na infância na vinculação adulta, ainda que considerem a sua reconstrução pessoal ao longo do percurso desenvolvimental bem como a influência das circunstâncias de vida. Estes autores estão no entanto centrados na avaliação de padrões intergeracionais de vinculação, aplicando os padrões de vinculação encontrados nas crianças ao estudo das diferenças nos modelos internos dos adultos. Para tal elaboraram a *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan & Main, 1985) que permitiu encontrar semelhanças conceptuais entre os padrões de vinculação dos adultos e os propostos por Ainsworth e colaboradores para a infância, tendo sido encontradas correlações significativas entre os padrões de vinculação dos pais e os das crianças (Fonagy, Steele & Steele, 1991; Grossmann, Fremer-Bombik, Rudolph & Grossmann, 1988; Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Uma segunda abordagem da vinculação adulta, impulsionada por Hazan e Shaver (1987), reporta-se ao amor romântico, valorizando as relações amorosas como as figuras significativas com quem o adulto estabelece os laços de vinculação. Assim, o sistema de vinculação parece desempenhar um papel primordial também noutras etapas do ciclo de vida, ainda que os autores salientem que a vinculação na idade adulta depende dos modelos internos do *self* e da figura parental construídos na infância. Estes autores procuram avaliar a associação entre os padrões de vinculação e o modo como os indivíduos experienciam e se envolvem nas suas relações amorosas (Costa & Matos, 1996).

Valorizando também as relações amorosas como as figuras significativas com quem o adulto estabelece os laços de vinculação, Kim Bartholomew (1990) desenvolve um novo modelo, sistematizando a concepção de Bowlby acerca dos modelos internos dinâmicos pela intersecção dos modelos do *self* e dos outros num modelo bi-dimensional. O modelo do *self* traduz “o quanto sou merecedor...” e está associado ao grau de ansiedade e dependência nas relações próximas, e o modelo do outro traduz “o quanto os outros estão disponíveis” e está associado ao evitamento de relações próximas. Estes modelos internos, avaliados a partir da *Family Attachment Interview* (Bartholomew, 1990, 1994, 1997), permitem classificar e descrever diferentes padrões de vinculação, *ie*, diferentes formas de o adulto se envolver nas relações significativas.

Apesar de as teorias da vinculação não se terem debruçado especificamente sobre a experiência gravídica, considerou-se, no presente trabalho, que a vinculação é, ainda assim, um conceito chave na compreensão desta transição, pois, toda a vivência da gravidez, enquanto processo de construção de significados, é condicionada pelas representações maternas do *self* e dos outros. As relações de vinculação precoces são especialmente importantes nesta transição, em que os processos de reorganização psicológica específicos passam pela construção de uma representação do bebê e de si própria como mãe. A mulher tem que passar a ver-se como figura cuidadora, na terminologia de Bowlby (1988), tem que passar a ver-se como capaz de proporcionar ao seu filho uma base segura; por outras palavras, tem que começar a ver-se como mãe. Estas representações estão profundamente ligadas ao sentido do *self* da mãe em relação aos seus próprios pais e estão embebidas dos conflitos e das dificuldades das relações de vinculação precoces (Siddiqui, Haeggloef & Eisemann, 2000; Slade & Cohen, 1996).

Fonagy, Steele e Steele (1991) debruçaram-se precisamente sobre a relação entre as representações de infância da mãe e a qualidade da relação que estabelece com o filho, ou seja, a qualidade do seu desempenho no papel materno. Estes autores referem que há evidências de uma associação entre a forma como a mãe evoca as suas próprias experiências de infância e a qualidade da relação que estabelece com o seu filho, o que é concordante com os trabalhos de outros autores (Groosmann et al, 1988; Main & Goldwyn, 1984; Morris, 1981; Ricks, 1985). Esta concordância

intergeracional, já valorizada na literatura psicanalítica (Bowlby, 1973, 1988; Emde, 1988; Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975; Freud, 1940), foi retomada na psicologia desenvolvimental pelo estudo das diferenças individuais nos padrões de vinculação infantil, explorando a influência das experiências de infância da mãe e da sua estrutura de personalidade na qualidade da relação mãe-criança (Belsky & Isabella, 1988; Grossmann *et al*, 1985; Haft & Slade, 1989; Main *et al*, 1985; Belsky & Jaffee, *in press*, para uma revisão).

Assim, é fundamental ter em conta a qualidade das representações maternas das suas próprias relações de vinculação precoces. Mulheres seguras nas representações dos seus próprios pais, em comparação com mulheres com padrões de vinculação inseguros, têm mais probabilidade de manter as representações maternas de si e do bebê flexíveis e coerentes ao longo da gravidez (Frank *et al*, 1994; Grunebaum, 1990; Haganir, 1990; Slade & Cohen, 1996). Esta segurança não significa uma ausência de dificuldade, trauma ou perda, mas sim que essas dificuldades foram em larga medida resolvidas e integradas. Para as grávidas que tiveram uma relação difícil com a sua mãe, a tarefa da gravidez pode ser complexa e dolorosa, mas uma postura segura em relação à vinculação permite na maioria dos casos construir representações saudáveis e positivas do *self* e do bebê.

Portanto, mais importante que a qualidade da relação precoce desenvolvida com as figuras significativas na infância *per se*, é a forma como a mulher reconstruiu essas experiências ao longo do seu desenvolvimento e nas diferentes relações de vinculação que estabeleceu, dentro e fora do contexto familiar, integradas num padrão próprio de relação com o *self* e o outro (padrão de vinculação). Main e Goldwyn (1984) verificaram que as mães com experiências negativas de vinculação, mas que tinham construído narrativas coerentes e integradas dessas experiências, não eram rejeitantes em relação aos seus filhos.

De acordo com esta concepção da vinculação, o próprio impacto psicológico da gravidez também pode conduzir a mudanças do padrão de vinculação da grávida. Assim, apesar dos modelos internos dinâmicos não mudarem, necessariamente, em função da experiência parental, esta experiência promove a sua acessibilidade e a sua activação, constituindo-se, assim, como uma oportunidade de transformação desses modelos.

Assim, encontramos diferentes formas de entender o papel da relação com a própria mãe na forma como a grávida vivencia a gravidez e se prepara para a sua própria maternidade, que nos proporcionam uma compreensão mais alargada da influência desta figura relacional.

Desde logo, e como nos lembra Cristina Canavarro, “a relação com a própria mãe tem especial importância pois, enquanto principal figura de vinculação, a forma como a mãe lida com a sua filha [a grávida] constitui uma ‘base’ para a criação de expectativas sobre o comportamento dos outros, para a construção do conceito de si própria e para a sua própria regulação emocional” (Canavarro, 2001: p.26). Deste modo, a relação com a própria mãe influencia a forma como a grávida vivencia a sua gravidez pelo seu papel no conceito de si e dos outros e pela construção de padrões de regulação emocional na infância que mais tarde influenciam o funcionamento parental.

Por outro lado, consistente com as perspectivas psicodinâmicas, na resolução do processo específico de identificação materna que ocorre neste período em que a mulher perspectiva o seu próprio papel de mãe e a necessidade de cumprir tarefas de cuidados, a grávida procura referências nos modelos maternos de que dispõe e em que se destaca a sua própria mãe, “sobre a forma de se comportar e de se preparar, a si própria e à família, para a chegada do novo elemento” (Canavarro, 2001: p.38). Assim “o modelo mais pormenorizado de família que possuímos é o que é representado pela família onde crescemos” (Canavarro, 2001: p.39) e como refere também esta autora, “a própria mãe é para cada mulher o primeiro e principal modelo de comportamentos e afectos maternos; através da forma como vive a sua vida e cuida da filha comunica-lhe verbal e não verbalmente o que é ser mãe e como é que uma mãe sente e se comporta” (Canavarro, 2001: p.26). “A experiência de se ver como criança em relação com a sua mãe foi a forma mais intensa de aprendizagem daquele papel” (idem), numa aprendizagem de práticas parentais na infância que se reproduzem, em certa medida, na idade adulta, e pela transmissão de crenças parentais, atitudes e valores sobre a educação dos filhos (van Ijzendoorn & Leiden, 1992), proporcionando a construção de modelos internos dinâmicos de parentalidade:

“parents’ experiences with grandparental responsiveness, rejection or ambivalence lead to an internal representation of the caregiving as (un)responsive to the careseeker needs, and it is hypothesized that this internal representation will influence the degree of responsiveness the

parents are able to show toward their children." (van Ijzendoorn & Leiden, 1992, p.79).

Assim, a construção da identidade materna envolve necessariamente a referência à relação da grávida com a sua própria mãe, proporcionando um processo de identificação com esta figura de vinculação (Cohen & Slade, 2000), consistente com as propostas psicodinâmicas.

Mas, mais do que um processo de simples reprodução de um modelo materno, ocorre uma verdadeira reavaliação desta relação durante a gravidez. Canavarro (2001) refere "o aumento do número de telefonemas e de visitas, uma maior frequência de pensamentos e um interesse renovado sobre a mãe (...) ao serviço da actualização de dimensões relacionais (Canavarro, 2001, p. 40), pois, como a autora refere, a grávida sente a necessidade de reavaliar a relação que estabeleceu com os pais, nas suas facetas mais gratificantes e mais dolorosas, incorporando e mimetizando o que considera positivo e assumindo a diferença no que considera mais negativo ou desadequado para si, para assim se acomodar ao seu próprio papel materno. A construção da identidade materna pressupõe, portanto, a aceitação das experiências positivas e negativas que teve como filha, reconhecendo nos seus pais quer os bons desempenhos quer as suas dificuldades, falhas e limitações, que previna posicionamentos extremos, normalmente pouco adaptativos ("vou fazer tudo o que a minha mãe fez" ou "vou fazer tudo ao contrário da minha mãe") (Canavarro, 2001, p. 40). Este processo permite adoptar "alguns comportamentos semelhantes aos da mãe que considere adequados, e outros comportamentos diferentes em substituição dos que considera disfuncionais ou pouco adaptados à sua situação pessoal" (idem), construindo assim a sua própria identidade materna. Este processo permite também que no futuro, a mulher aceite e lide melhor com as suas próprias falhas como mãe. Este processo permite ainda construir uma visão mais positiva da sua mãe (a mãe é agora mais "compreendida" pela grávida que passa agora pela mesma situação, atravessando dificuldades e experiências semelhantes) e também de si própria como adulta autónoma e responsável pelo bem-estar de um filho. A resposta à pergunta "Que mãe quero / posso ser?" envolve a grávida numa reintegração das suas experiências desde criança e da visão que tem da sua mãe, orientada para a construção de uma visão de si própria como mãe.

Cohen e Slade (2000) lembram-nos que, por vezes, este processo de reorganização da identificação da grávida com a mãe é comprometido por dificuldades naquela relação. Para as grávidas que não dispõem de uma imagem de “boa mãe”, que não conseguem sentir qualquer identificação com a sua própria mãe, a tarefa de construir a sua identidade materna será um processo mais difícil (Cohen & Slade, 2000).

Estas abordagens valorizam a qualidade da relação precoce com a mãe, mas enfatizam o processo de reconstrução das representações parentais da grávida neste período, numa actualização de dimensões relacionais que são centrais à redefinição psicossocial deste período.

Numa perspectiva mais alargada, a relação com a mãe também pode ser compreendida como um recurso de apoio emocional e instrumental privilegiado. Actualmente, tem-se vindo a perder o contacto, as vivências e a proximidade com as mulheres mais velhas (mães, avós, tias, vizinhas) portadoras e transmissoras de um envolvimento e sabedoria antes muito valorizados que provinham da própria experiência. Esta rede familiar e social tecida à volta da grávida conferia-lhe protecção e suporte durante as várias fases da gravidez, assegurando também os cuidados do período pós-parto, em que a mulher era cuidada, alimentada e envolvida em cuidados quase tão “extremos” como os do recém-nascido (Nascimento, 2003). Mas, apesar das profundas mudanças sociais, os pais / avós continuam a ter uma importante função de suporte e também pedagógica no nascimento de um bebé, no sentido de “ensinar os filhos a ser pais” (Canavarro, 2001, p. 41). Numa perspectiva complementar consistente com as terapias familiares sistémicas, a relação com a própria mãe na gravidez também pode ser encarada como um momento de reestruturaração da relação com a família de origem, pois, a par do apoio e da ajuda fundamentais para a adaptação às mudanças da maternidade, pode surgir alguma confusão entre as gerações sobre os papéis a desempenhar: estes papéis devem ser, no entanto, bem diferenciados e esta situação deverá ser breve e transitória, pelo que cabe também à mulher (re)negociar esta nova forma de equilíbrio entre apoio e autonomia face aos pais (Canavarro, 2001). Assim, a gravidez, não só suscita uma resignificação das relações familiares precoces, como também envolve uma reorganização das relações actuais com a família de origem.

1.3. PERSPECTIVAS DESENVOLVIMENTAIS E ECOLÓGICAS

“Becoming a parent is one of the most complex and challenging of life’s major transitions (...) Parenthood has profound social and psychological implications for men and women, for their relation to each other, and for their relation to the larger society” (Entwisle, 1985, p.563, cit. por Ferreira, 2005).

As perspectivas desenvolvimentais e ecológicas apresentam também um contributo significativo na compreensão dos processos psicológicos da adaptação à gravidez. Estas perspectivas valorizam a construção e reconstrução do *self*, ao longo do percurso de vida, com tarefas desenvolvimentais de cada fase desse percurso, e em diferentes contextos de desenvolvimento (que não se esgotam nas primeiras relações de vinculação e nas relações familiares). É assim recuperada e alargada a componente desenvolvimental bem como a componente relacional que, na abordagem ecológica, enfatiza não só as diferentes relações de vinculação que se estabelecem ao longo do percurso desenvolvimental, como toda a teia relacional que envolve o sujeito psicológico.

1.3.1. DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL DA GRAVIDEZ

A gravidez/maternidade é uma etapa desenvolvimental que supõe a redefinição da identidade, envolvendo noções de revisão e auto-reorganização (Pereira, 1996). Assim, as mulheres grávidas procedem a uma auto-actualização das suas biografias, de forma a conceber uma nova compreensão do seu *self* para si e para os outros. A gravidez, especialmente a primeira, é um ponto de “crise” na identidade da mulher. Implica o final da mulher como entidade independente e única, e o início de uma irrevogável relação mãe-filho (Pereira, 1996).

As teorias que se debruçam sobre as transições desenvolvimentais no jovem e no adulto proporcionam uma perspectiva integradora na compreensão da vivência da gravidez.

Bártolo Paiva Campos (1993) encara os acontecimentos de vida como transições que exigem reorganizações desenvolvimentais, ressitando neste processo a dimensão de crise e de stress. Assim, a crise ocorre quando o equilíbrio psicológico existente é posto em causa pela exigência de uma reorganização pessoal e relacional que garanta novos modos de expressão e de realização adequados à nova situação provocada pelos acontecimentos de vida. Ainda que o conceito de crise assuma, muitas vezes, na investigação psicológica, um sentido negativo referindo-se à incapacidade do indivíduo para lidar com a situação, num sentido mais lato e com uma conotação mais positiva e desenvolvimental, “a crise refere-se a um desequilíbrio que é considerado desejável como desafio desenvolvimental à prossecução de um novo equilíbrio. Sem estas crises, não haveria desenvolvimento psicológico significativo” (Campos, 1993, 7).

Neste contexto, as dificuldades e as ansiedades encontradas no ajustamento à gravidez, são conceptualizadas de forma muito diferente da abordagem psicodinâmica, segundo a qual, aquelas experiências traduziriam perturbações psicológicas sedimentadas no processo de desenvolvimento precoce. A desorganização na gravidez, pode pelo contrário ser vista como fazendo parte do próprio processo desenvolvimental de adaptação à maternidade.

Assim, os acontecimentos de vida não devem ser apenas vistos como ocasiões de stress, mas como transições desenvolvimentais que exigem uma mudança nos pressupostos sobre si próprio e o sobre o mundo e requerem deste modo uma correspondente mudança no próprio comportamento e relação. Focaliza-se assim a atenção não na quantidade de stress provocada pelos acontecimentos, mas nas exigências de mudança que impõem. Uma transição desenvolvimental ocorrerá assim “quando há acontecimentos de vida que põem em crise (estrutural, funcional, emocional) o sistema pessoal pelo que exigem mudanças, constituindo assim tarefas de desenvolvimento” (Campos, 1993, 7).

1.3.2. DIMENSÃO ECOLÓGICA DA GRAVIDEZ

A forma como o indivíduo lida com a transição está sujeita a diversos constrangimentos que têm a ver não só com as próprias características do indivíduo e do acontecimento como também com as características do próprio contexto de vida (Costa & Menezes, 1991). Assim, a vivência da gravidez é necessariamente influenciada pelo contexto social da mulher, pela sua relação com o companheiro, pela sua família de origem e pela cultura em que vive. Neste sentido, é valorizado o papel da interacção com os outros na construção do *self*, mas este papel é perspectivado recorrendo a uma compreensão dinâmica, circular e sistémica da interacção, em que o sujeito psicológico é actor e protagonista activo do seu desenvolvimento. De facto, a investigação cada vez mais tende a alargar o seu foco de análise. Por exemplo, Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman (1999) concluem que as características socioculturais são variáveis muito importantes na compreensão da vivência da gravidez: na forma como culturalmente se aprende a reagir e experienciar a situação; na forma como socialmente se organizam os recursos de apoio; na constelação de regras, exigências e oportunidades do contexto social; e pela sua associação ao nível socioeconómico e educacional.

Alterações no Apoio Social

A disponibilidade do apoio social – do companheiro e dos outros elementos da rede social mais alargada – mostrou-se essencial na qualidade da adaptação à gravidez (Condon & Corklindale, 1997; Leifer, 1977). Com as exigências fisiológicas e emocionais da gravidez, as grávidas podem necessitar de mais apoio das pessoas à sua volta: companheiro, família, amigos e técnicos de saúde envolvidos no acompanhamento da gravidez (Smith, 1999b). A família alargada normalmente torna-se mais próxima e mesmo as pessoas estranhas interagem mais com a mulher grávida, tocando a sua barriga ou fornecendo conselhos e opiniões (nem sempre solicitadas) (Cohen & Slade, 2000).

Smith (1999b) explora a relação da grávida com os outros ao longo da gravidez, e a sua função desenvolvimental para a resolução da transição para a maternidade. O autor considera que, face a uma transição desenvolvimental, a relação entre o sentido do *self* e o sentido do outro se torna especialmente acentuada, e que este mecanismo

psicológico promove os processos de desenvolvimento envolvidos nessa transição. Num estudo qualitativo longitudinal, Smith (1999b) identificou um maior envolvimento psicológico com os outros significativos, facilitador da preparação psicológica para a maternidade. Ao longo da gravidez, este autor verificou uma diminuição da diferenciação *self-outro* e uma maior consciência das relações interpessoais, num processo que proporcionou oportunidades de experienciar sentimentos pelos processos de outros como se fosse o seu próprio processo experiencial, antecipando no seu próprio “mundo”, as mudanças ocorridas no “mundo” de outros e na sua relação conjugal e parental; por exemplo, “pegar ao colo” outros bebés recém-nascidos foi considerado pelo autor um importante recurso para a apropriação da sua própria maternalidade, potenciado por um processo de “confusão” entre o eu e o não eu. O autor refere ainda que a relação psicológica *self-outro* é facilitada e acentuada na gravidez por acontecimentos socio-familiares que funcionam como oportunidades de colocar as grávidas em contacto social com as figuras significativas, proporcionando uma reflexão sobre o seu próprio sentido de identidade e os seus “velhos” e “novos” papéis sociais e familiares. Assim, para este autor, os acontecimentos públicos e os acontecimentos sociofamiliares são oportunidades de construção e validação psicossocial da crescente identidade como mãe, reflectindo sobre o seu sentido do *self* e também sobre a sua relação conjugal.

Vivência Paterna da Gravidez

Apesar da centralidade do papel do pai em todo o processo gravídico, desde a própria decisão e ao longo de toda a adaptação face à gravidez, o pai continua a ser largamente desvalorizado em comparação com a atenção que histórica e socialmente a mulher sempre recebeu neste domínio. No entanto, não faz sentido falar-se em gravidez, em bebé ou em mãe, sem se falar em pai também. E se é verdade que a gravidez é um momento importante para a mulher, é-o inevitavelmente, também, para o companheiro, e para toda a dinâmica relacional entre os dois.

Osofsky e Osofsky (1984), encaram a paternidade como uma crise desenvolvimental, que tanto pode resultar numa reorganização psicológica no sentido de uma maior complexidade e integração do *self*, como também pode ser dominada por um conjunto de dificuldades psicossociais, que, no seu extremo, podem levar ao desinvestimento emocional no papel parental. Estes autores identificaram um conjunto de

reorganizações e temas comuns no processo de adaptação e desenvolvimento do pai na gravidez. Assim, identificaram a saliência das relações precoces pais-filhos na vivência da gravidez e a reconstrução da relação com o pai, num processo semelhante ao que ocorre com a grávida². Os autores encontraram também sentimentos de excitação e orgulho e até de encantamento com a “magia e o mistério” em torno do processo de criação, mas também a “inveja” pela capacidade de reprodução da mulher surge por vezes, bem como o sentimento de “espectador” pela incapacidade de experienciar directamente as mudanças. Foi também possível constatar a influência da relação conjugal no significado e na atitude do pai perante a gravidez (sendo de referir a atitude que algumas mulheres assumem de onipotência e exclusividade face à gravidez perante o companheiro, que muito dificulta a sua própria vivência e partilha neste processo). Paralelamente, ocorrem processos de antecipação e preocupação sobre as mudanças actuais e futuras na sua vida e na relação com a companheira, com um grande sentido de responsabilidade (por vezes excessivo). Se os sentimentos conflituosos não forem discutidos e enfrentados, podem nalguns casos surgir dificuldades conjugais e / ou parentais.

Lupton e Barclay (1997) fazem uma análise extremamente rica e aprofundada da vivência da paternidade, questionando a tradicional desvalorização do papel paterno na identidade masculina e evidenciando a profunda reorganização psicológica que envolve, reflectindo nas exigências de desenvolvimento corporal, emocional e cognitivo colocadas pela paternidade, desconstruindo mitos e preconceitos culturais e científicos que evidenciaram dificuldades e incapacidades, e propondo uma forma mais completa e “feminina” de encarar a paternidade. Para Lupton e Barclay (1997), apesar do ênfase na racionalidade e nos processos discursivos que tradicionalmente é associado à paternidade, as autoras consideram que os significados e as práticas de “ser pai” são experienciados pelos homens de uma forma corporal e emocional pautada por fortes estados emocionais.

² Os psicodinâmicos tinham já evidenciado o “síndrome de covade” que traduz não só o envolvimento psicológico do pai na gravidez como toda a sintonia física e emocional do pai expectante com a própria experiência física e emocional da grávida. Este “síndrome” reflecte também a desvalorização generalizada do papel de pai que não facilita a expressão mais “adaptada” e completa desse mesmo envolvimento psicológico com a gravidez pois o “covade” seria uma forma “simulada” de expressão de vivências inconscientes não reconhecidas socialmente.

Relação Conjugal

A dimensão conjugal é um aspecto incontornável em qualquer reflexão sobre a vivência da gravidez. O contexto conjugal da grávida tem também uma forte influência na própria relação mãe-bebé, como é amplamente enfatizado por qualquer abordagem sistémica deste acontecimento de vida que envolve a futura mãe, mas também certamente o futuro pai e a relação entre eles (Belsky & Jaffee, *in press*; Cowan & Cowan, 1988; Relvas & Lourenço, 2001). O relacionamento conjugal é uma dimensão fundamental na medida em que, além das potencialidades que oferece de reestruturação ou consolidação de modelos relacionais, pode constituir-se como notória fonte de apoio social. No entanto, têm sido notadas algumas limitações ao estudo desta relação no contexto da parentalidade (Belsky & Jaffee, *in press*), e em particular na gravidez (Laxton-Kane & Slade, 2002), em que muitas vezes, o pai é perspectivado apenas como fonte de suporte social, desvalorizando-se a sua própria experiência da gravidez. Assim, a relação conjugal tem sido considerada como um factor importante na experiência da gravidez (Caplan, 1960; Sheresevsky & Yarrow, 1973). Mendonça (2003) refere ainda que a relação da grávida com o seu corpo (Imagem corporal), com a gravidez e o bebé, é beneficiada quando o seu agregado familiar inclui o pai do bebé. No entanto, apesar desta reflexão sobre a vivência da gravidez e dos seus condicionalismos se centrar especificamente sobre a experiência da grávida, gostaríamos de enfatizar o papel da relação conjugal, aproveitando para evidenciar alguns aspectos incontornáveis na compreensão e intervenção na gravidez que se poderão prender com este contexto relacional, sem o qual não poderíamos, na maioria das vezes, “conceber” (literalmente) a gravidez. Desta forma, sublinhamos que a decisão da gravidez continua a ser vivenciada maioritariamente no contexto de uma relação conjugal, sendo o significado de uma gravidez, em grande parte, uma construção do casal (Fischer et al, 1999), e considerando-se que a própria forma como a gravidez é experienciada depende muito da qualidade desta relação (Mendonça, 2003; Brown, 1994). Por outro lado, não podemos esquecer o próprio impacto da gravidez em cada um dos conjugues e na própria dinâmica conjugal entre os dois. Também Canavarro (2001) sublinha a tarefa de reavaliação e reestruturação da relação com o conjugue/companheiro. No processo gravídico, o casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação. Sobretudo no caso do primeiro filho, o companheiro que era percepcionado, fundamentalmente, como parceiro romântico, passa também a

ser investido da identidade de “pai do meu filho”, aquele com quem a mulher vai partilhar o cuidado e educação da criança. De qualquer forma, o casal tem de reajustar a sua relação, flexibilizando a aliança conjugal para formar uma aliança parental que permita partilhar as tarefas domésticas e de cuidados (Colman & Colman, 1994).

De facto, durante a gravidez, ambos os conjugues atravessam grandes transformações e também a própria relação entre eles se transforma (Hackle & Ruble, 1992). De díade passam a tríade, e durante muitos anos qualquer decisão do casal terá que ter em conta as necessidades do filho.

A gravidez marca um comprometimento profundo com a relação conjugal, exigindo que os dois pais se mantenham, inevitavelmente, ligados para o resto das suas vidas. Ao terem um filho, um homem e uma mulher juntam as suas heranças biológicas, psicológicas e culturais para criar uma vida que, apesar de inegavelmente separada, não deixa de ser também uma parte de cada um deles. *“Ela está a carregar uma parte de mim dentro do seu corpo”* – assim, a gravidez é muitas vezes revestida de um significado de aprofundamento intenso do laço íntimo da relação amorosa (quando desejada por ambos) (Cohen & Slade, 2000).

Por outro lado, a gravidez e a transição para a parentalidade (ou o nascimento de um novo filho) aumenta o grau de complexidade do sistema familiar e envolve novos papéis e responsabilidades para os dois elementos do casal. Estes novos papéis não são acrescentados aos já existentes, mas, pelo contrário, exigem uma reorganização de todos os outros papeis (incluindo o conjugal, mas também o profissional, o familiar, o social, etc.), que terão que se ajustar às novas tarefas desenvolvimentais. Assim, não só cada um dos elementos do casal vai sofrer mudanças pessoais, não só o sistema familiar vai incluir novos elementos, subsistemas e padrões de relação, mas também os subsistemas existentes vão ter que se reorganizar e encontrar novas formas de relação. Assim, a relação conjugal terá que se ajustar à nova fase de casal com filhos pequenos, desenvolvendo novos padrões de interacção entre si, com o(s) outro(s) subsistema(s), e como os sistemas extrafamiliares, confrontando-se com o desafio de assegurar um novo nível de funcionamento e desenvolvimento familiar.

Mas, por outro lado, a gravidez envolve também um acréscimo do nível de stress para a relação conjugal. Muitas mães sentem que o companheiro não está suficientemente envolvido com a gravidez, sentindo-se frustradas e pouco apoiadas; pais podem ficar

desconcertados pela irritabilidade, pelas exigências e pela labilidade emocional da sua companheira. Além disso, os elementos do casal podem ter diferentes perspectivas sobre a gravidez e a parentalidade. Ambos precisam também de encontrar formas de conciliar as suas necessidades e papéis como mãe/pai e de manter a sua relação amorosa diádica independentemente do bebé. Como em outras transições, a capacidade de falar abertamente acerca dos sentimentos positivos e negativos e a capacidade de antecipar áreas problemáticas e suas soluções, pode proteger o casal de um maior grau de stress.

Pereira, Santos e Ramalho (1990) debruçam-se sobre o impacto da gravidez na relação conjugal, enfatizando a decalage entre as expectativas pessoais e sociais e os resultados da investigação empírica. Estas autoras lembram que existe uma mensagem social implícita de que a gravidez é um momento que proporciona mais união ao casal. No entanto, a investigação tem revelado que estas expectativas muitas vezes não se confirmam. São inúmeros os estudos que exploram o impacto da parentalidade na satisfação conjugal. De um modo geral, estes estudos enfatizam a existência de um declínio na satisfação conjugal associado a esta transição (Belsky, Lang & Rovine, 1985). Segundo Brown (1994), uma relação insatisfatória com o companheiro pode tornar-se um impedimento sério na satisfação com a gravidez e na adaptação ao papel de mãe. Assim, verifica-se na prática clínica uma crescente preocupação com a qualidade conjugal pelo seu impacto no ajustamento, quer da mãe, quer do pai, ao nascimento de um filho (Brown, 1994).

Mas, uma crítica que tem sido apontada àqueles estudos sobre a evolução da satisfação conjugal na transição para a parentalidade, é a ausência de avaliação comparativa em relação à satisfação conjugal anterior à parentalidade (ou em relação a casais sem filhos). Assim, estes estudos tipicamente avaliam a satisfação durante a gravidez e comparam-na com o pós-parto, interpretando a diminuição dos valores médios em termos do impacto negativo da parentalidade na conjugalidade. Uma avaliação da satisfação conjugal anterior à parentalidade poderia permitir compreender se aqueles resultados reflectem a diminuição da satisfação conjugal após o nascimento dos filhos, ou se pelo contrário, constituiria a gravidez um período de aumento dos níveis de satisfação conjugal, pelos sentimentos de maior proximidade, voltando-se no pós-parto aos níveis “normais” (de *baseline*). O facto de os estudos sobre o impacto da parentalidade na conjugalidade perspectivarem, muitas vezes, a gravidez como um

período “anterior” à parentalidade, e não como fase inerente a esse processo de desenvolvimento parental, envolve também limitações na forma como é compreendido e avaliado o funcionamento conjugal na gravidez.

Por outro lado, é possível questionar as metodologias de investigação utilizadas que privilegiaram a avaliação da satisfação conjugal de acordo com critérios pré-definidos pelo investigador, sem terem em conta a valorização subjectiva atribuída pelos próprios cônjuges a esses critérios na construção do sentimento de satisfação conjugal. O estudo de Sanders e Robin (1987, cit. por Mendes, 2002) verificou que apesar do aumento de discussões sobre aspectos relacionais e possível aumento do stress e conflitualidade, os casais tinham tendência a sentir mais afecto e mais satisfação conjugal.

Factores Económicos e Profissionais

É importante ter em conta o papel dos factores económicos e profissionais na decisão de ter um filho, bem como as consequências económicas e profissionais desse filho. Casais com baixos recursos económicos enfrentam dificuldades acrescidas com o nascimento de uma criança. Por outro lado, o nascimento de um filho envolve limitações nas oportunidades profissionais, especialmente para as mulheres, sendo comum haver preocupações e conflitos entre objectivos profissionais e exigências da maternidade.

A investigação evidencia de facto uma interligação entre todos estes factores na adaptação à gravidez, revelando, por exemplo, que os recursos económicos contribuem significativamente para a estabilidade conjugal (Belsky & Jaffee, *in press*), ou que há diferenças em relação ao planeamento da gravidez quanto ao nível socioeconómico das grávidas (Mendonça, 2003). Mendonça (2003) encontrou também diferenças significativas na adaptação à gravidez quanto ao nível socioeconómico.

Factores Macro, Exo e Mesossistémicos da Experiência de Gravidez

Elisa Ferreira (2005), no seu estudo da transição para a parentalidade no caso específico da prematuridade, e ainda que reportando-se especialmente ao período pós-parto, proporciona-nos uma panorâmica geral dos aspectos macro, exo e mesossistémicos que enquadram a experiência do nascimento. Para esta autora, olhar o nascimento de um bebé, “implica a integração de vários elementos. Desde os mais

periféricos, de natureza macrossistémica, que proporcionam determinado enquadramento histórico-sociocultural, até aos mais proximais, mergulhando na intimidade e na experiência vivenciada por cada grávida” (Ferreira, 2005, pp. 80).

E assim, esta autora começa por referir-se aos aspectos que caracterizam o contexto sociocultural que, “neste momento particular da História, emolduram [a gravidez], e que configuram papéis sociais, decisões, expectativas e significados, e proporcionam determinada normatividade à mudança” (idem).

Assim, não podemos deixar de reconhecer uma determinada moldura macrossistémica específica da Europa do início do sec. XXI, que marca de forma importante muitos dos significados e das experiências que envolvem este acontecimento de vida. Desde logo, a sua medicalização, que transformou a gestação de um bebé num acontecimento altamente investido ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente na área preventiva. Esta evolução permitiu que os casais possam hoje planejar com razoável segurança a gravidez, possam acompanhar a par e passo o desenvolvimento do bebé ao longo do período gravídico, através dos registos ecográficos, definindo lentamente os esboços do retrato que vão construindo do seu bebé. Por outro lado, a informação disponibilizada acerca do desenvolvimento, referindo os aspectos positivos mas também os riscos dessa evolução, permitem à grávida, ao casal e à sua teia relacional acompanhar mais conscientemente todas as transformações. Também do ponto de vista da organização social, esta autora valoriza a transformação actual das preocupações parentais que, “lentamente”, vão priorizando a qualidade de vida das crianças, e vão procurando ajustar o número de filhos aos recursos familiares. Esta autora lembra que o controlo da natalidade associado aos contributos proporcionados pela Psicologia do Desenvolvimento, conduziram a uma valorização crescente da parentalidade (Ferreira, 2005). Também a organização social pautada por um crescente afastamento dos grupos primários de suporte (família, vizinhança) a par da valorização crescente dos valores da liberdade individual de escolha e definição dos objectivos pessoais e do ênfase na realização individual, é referida por esta autora na sua caracterização daquilo a que chama de moldura macrossistémica da experiência da gestação e da transição para a parentalidade, que reforça a “ideia de que a decisão de ter um filho está hoje revestida de significações diferentes daquelas que caracterizavam a sociedade até meados do séc. XX” (Ferreira, 2005, pp. 82), em relação à qual não podemos também ignorar as profundas alterações ao papel da mulher na sociedade.

A nível exossistémico, esta autora refere a diversificação dos tipos de família, mas também o seu afastamento às famílias de origem, e portanto aos modelos e apoio que estas protagonizavam, podendo deixar a família nuclear mais vulnerável e fragilizada na transição para a parentalidade, condicionando a forma como esta experiência é vivenciada e partilhada, e o papel do suporte conjugal. Por outro lado, Ferreira (2005) refere ainda as alterações dos papéis parentais, mas, em que, por vezes, a par das expectativas relativas à igualdade de oportunidades para as mulheres, se verifica uma desigual divisão das tarefas domésticas e parentais.

A nível mesossistémico, a mesma autora salienta os aspectos relacionados com o contexto profissional e com o contexto hospitalar, quer em termos das medidas de protecção à maternidade (que reflectem a valorização social do período neo-natal), em relação ao primeiro contexto, quer a valorização crescente “da instituição hospitalar, como contexto privilegiado nas sociedades ocidentais para dar à luz”, mas que, em todo “o acompanhamento dado à grávida durante a gestação e no momento do parto, tende a olhá-la como potencialmente em risco, tomando medidas que tendem a considerá-la como um elemento isolado, desvalorizando o seu meio ecológico e geralmente, não atendendo a outro tipo de necessidades ou expectativas” (Ferreira, 2005, p. 83).

Toda esta reflexão sobre os diversos condicionalismos que atravessam a construção da experiência de gravidez e de maternidade, sem pretender ser exaustiva, ilustra bem a importância da dimensão contextual deste acontecimento de vida, designada por Ferreira como a sua “moldura”.

1.4. PROCESSO GRAVÍDICO: VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ E TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS

Diversos autores têm procurado identificar as tarefas da gravidez (Cohen & Slade, 2000; Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Lederman, 1996; Rubin, 1975; Breen, 1975; Cranley, 1981). Há tarefas que se prolongam para lá do período considerado (habitualmente trimestres), outras cujo início não coincide necessariamente com o princípio do período em causa e ainda pelo facto do ritmo na resolução das tarefas de desenvolvimento variar de mulher para mulher. Como diz Canavarro, “Na vida das pessoas reais as tarefas sobrepõem-se e misturam-se (Canavarro, 2001).

Cohen e Slade (2000) sistematizaram as experiências psicológicas da gravidez em torno dos três trimestres em que normalmente se organiza o processo gravídico, integrando os elementos corporais e os elementos emocionais bem como os contributos psicodinâmicos (exploram os conflitos e as ambivalências na construção de significados da vivência da gravidez), enquadrando estas dimensões num processo de desenvolvimento orientado para a resolução das tarefas psicológicas da gravidez (identidade materna e vinculação prenatal) tendo em conta a biografia pessoal e o contexto do significado actual da gravidez. Assim, partir-se-á da panorâmica longitudinal que estas autoras propõem da gravidez procurando perspectivar a confluência dos factores e dos processos antes discutidos, num processo de construção progressiva dos significados do papel de mãe e da relação com o bebé.

PANORÂMICA LONGITUDINAL

Colman e Colman (1994) consideram que a primeira tarefa que se coloca à grávida é a aceitação da própria gravidez, constituindo-se como tarefa central durante o 1º trimestre. Claro que esta aceitação será facilitada nos casos em que a gravidez foi planeada, mas, mesmo nestes casos, desde o planeamento de uma gravidez até à aceitação da gravidez propriamente dita, decorrerá sempre todo um conjunto de processos psicológicos complexos, que Colman e Colman (1994) sistematizaram naquilo que seria a fase da Integração. Também Canavarro (2001), reconhece a importância da aceitação inicial da realidade da gravidez, e que é colocada pelo

reconhecimento de que a concepção ocorreu, independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, provocando uma ambivalência entre o receio e o desejo da gravidez (aceitação/rejeição relativa à gravidez). Esta valorização da ambivalência enquanto processo inerente à adaptação à gravidez, valorizado pelos autores psicodinâmicos como Brazelton e Cramer (1989), permite evidenciar a dinâmica emocional no início do processo gravídico em que são comuns as incertezas e angústias em relação a acreditar na viabilidade da própria gravidez, em relação à aceitação do bebé, em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade. Para ultrapassar esta ambivalência, Canavarro (2001) enfatiza o papel da confirmação definitiva do estado de gravidez (confirmação médica) mas também a importância da aceitação e do apoio, por parte das figuras mais significativas. A par deste processo de aceitação, a gravidez e o bebé vão sendo integrados, não só em termos da identidade, como no seu contexto de vida. Este processo de aceitação e integração da gravidez é fundamental para que a mulher possa progredir nas tarefas subsequentes (Canavarro, 2001). No entanto, é possível identificar formas diferentes de resolver esta tarefa inerentes a reacções distintas à própria gravidez, como lembram Cohen e Slade (2000).

Para as mulheres que se sintam preparadas para terem um filho, e / ou para quem a decisão de ter um filho foi consciente e intencional, a descoberta da gravidez pode trazer uma grande alegria e excitação, numa reacção positiva à gravidez. As mulheres falam da gravidez como representando um fortalecimento da sua relação conjugal e uma intensa ligação à “ordem natural da vida” (Callister, 1995; Leifer, 1977; Slade & Cohen, 1996). Ter um filho é muitas vezes visto como uma forma de aprofundar a riqueza, a intensidade e a complexidade da relação conjugal. No entanto, o desafio com que a gravidez as confronta pode deixar também as mulheres (e os homens), assustadas, ansiosas e ambivalentes. Mas se a gravidez foi planeada e desejada, estes sentimentos ansiosos e ambivalentes, normalmente, não perturbam de forma substancial os sentimentos de contentamento e felicidade (Cowan & Cowan, 1992; Leifer, 1977), fazendo parte integrante da elaboração própria da vivência da gravidez.

Mas obviamente, são muitas as mulheres que engravidam (por opção ou acidente) e que não se sentem preparadas para ter um filho por variadas razões (psicológicas,

conjugais, profissionais, económicas ou sociais). Para estas mulheres, a descoberta da gravidez pode ser uma experiência de tonalidade negativa (Leifer, 1980; Lydon, Dunkel-Schetter, Cohan & Pierce, 1996), pois ao diminuir a alegria que é necessária para modular a ansiedade e a ambivalência da gravidez, faz com que os sentimentos negativos dominem a reacção à gravidez. Por vezes, esta ambivalência reflecte uma desadaptação a longo prazo e marca o início de uma gravidez stressante e emocionalmente difícil (Leifer, 1980; Trad. 1991). Este início negativo pode também ser revertido ou pelo menos atenuado ao longo do processo gravídico.

No entanto, mesmo nas mulheres que não desejaram ter um filho, a intensidade emocional da relação mãe-bebé mantém-se profundamente envolvente, o que é evidente na angústia, na culpa e na ambivalência que muitas mulheres (e homens) sentem após um aborto (Major, et al, 1990; Lydon, et al, 1996) mesmo quando esta interrupção da gravidez é voluntária.

A maior parte do desenvolvimento fetal ocorre no primeiro trimestre da gravidez, em que um conjunto indiferenciado de células se transforma em tecidos e órgãos articulados. É nesta altura que o bebé está mais vulnerável a influências tóxicas pelo que as mães são aconselhadas a deixar de fumar e beber café e álcool. Nesta altura o corpo da mulher está cheio de hormonas; os enjoos matinais são mais intensos, tal como o cansaço, a irritabilidade e as alterações do humor. Há também registos de alterações cognitivas, tais como a diminuição da atenção e da memória.

Uma mulher pode não se aperceber logo que está grávida, mas é frequente a percepção de alterações corporais desde as primeiras semanas de gravidez. No entanto, apesar de eventuais alterações corporais, o bebé é, durante muito tempo, uma abstracção para a grávida. A mulher sente o seu corpo diferente, mas as mudanças ainda não são evidentes. Assim, no primeiro trimestre, a gravidez implica mudanças de vida e desconforto físico mas não é, ainda, experimentada como real e permanente (Leifer, 1980; Phipps, 1985). De facto, muitos casais só partilham a notícia da gravidez após esta fase.

Assim, “a gravidez é vivida nesta fase apenas como uma mudança no corpo da mulher (...) psicologicamente a futura mãe não pode e nem precisa de se relacionar com o bebé como sendo outra coisa senão uma parte de si própria” (Colman & Colman, 1994, cit por Canavarro, 2001, p. 39). E acrescenta a autora: “Assim, do ponto de vista das

fantasias, a mãe concebe o bebé como parte de si e a sua atenção encontra-se sobretudo centrada nas transformações do seu corpo” (Canavarro, 2001, p.39), não havendo propriamente uma aceitação da realidade do bebé, correspondendo, de certa forma, à fase inicial de indiferenciação, valorizada pelos psicodinâmicos, em que, o investimento emocional na gravidez seria ainda uma “investimento narcísico” no seu próprio corpo / *self*.

No segundo trimestre, os enjoos e a irritabilidade normalmente diminuem. O crescimento fetal é mais observável e o bebé começa a ser sentido como mais real por muitas mulheres. Há uma aceleração da transição psicológica; a mulher está física e psicologicamente a “tornar-se mãe”.

Nesta altura, o abdómen já aumentou de forma a evidenciar a gravidez e as mulheres começam a usar roupas que sinalizam a sua futura maternidade. Por vezes, este é um momento de alguns conflitos em torno das mudanças corporais. Para algumas mulheres, o sentido de perda de controlo corporal pode ser assustador, muitas referem receios de nunca recuperar o peso e a forma física. Apesar de algumas futuras mães apreciarem a volupuosidade das suas mudanças corporais (Johnson, 1991), outras sentem-se gordas e pouco atractivas em relação aos padrões actuais de beleza (Huganir, 1990; Jenkin & Tiggeman, 1997; Leifer, 1977).

Por volta das 15 semanas, a maioria das mulheres pode ver o seu bebé através de ecografias. Este acontecimento é normalmente experienciado com uma excitação intensa, e faz com que o bebé seja sentido como mais real, podendo aprofundar a relação com o bebé (McKinney, Downey & Timor-Tritsch, 1995; Jordan, 1990).

Por volta dos 4 – 5 meses de gravidez começam a sentir-se os movimentos fetais – os “pontapés”, que representam para a mulher o momento de contacto directo com o bebé, como um ser vivo e com intencionalidade própria. Como tal, este é dos momentos mais significativos da gravidez (Cohen & Slade, 2000). Naturalmente que a presença, agora irrefutável, do bebé tanto pode ser motivo de alegria e excitação como motivo de ambivalência e ansiedade para as mulheres que se sentem inseguras quanto ao significado da sua gravidez.

Colman e Colman (1994) valorizam o impacto da percepção dos movimentos fetais na resolução da tarefa de diferenciação que estes autores associam ao 2º trimestre, em que a grávida começa a vivenciar a autonomia do bebé em relação a si.

Canavarro (2001) associa a tarefa de aceitação da realidade do bebé a esta fase, depois de ultrapassada a ambivalência (aceitação/rejeição) relativa à gravidez. Nesta altura, a representação do bebé torna-se mais autónoma e realista. À medida que aumenta a sensação da presença do bebé dentro de si pela visualização das ecografias e pela maior percepção dos movimentos fetais, este processo representativo é acelerado, num ponto de viragem importante, em que o processo de diferenciação mãe-bebé, valorizado tradicionalmente no processo de desenvolvimento psicológico, se traduz na aceitação do bebé como indivíduo distinto de si própria. Conseguir ter esta representação cognitiva é fundamental para a relação mãe-bebé (Mendes, 1999; Stern & Bruchweiler-Stern, 1998; Ammaniti et al, 1992). Esta representação coincide com a intensificação das fantasias relacionadas com o bebé, características próprias, aspecto físico, temperamento e nome (Brazelton & Cramer, 1989). A grávida começa a falar e a cantar para o bebé, acaricia a barriga, estabelecendo uma comunicação verbal e tátil que Lederman (1996) considera que é o indicador externo dos processos intrapsíquicos que ocorrem nesta fase.

No terceiro trimestre de gravidez, o bebé está já praticamente formado e vai ganhando peso até ao momento do parto. É neste momento que a mulher aumenta mais de peso, o que lhe dificulta bastante o sono e a mobilidade, havendo normalmente no último mês da gravidez um grande desconforto. Psicologicamente, a mãe está a preparar-se para o parto e para a chegada do bebé. Segundo Winnicott (1956), o inicia-se o período de *“Preocupação Maternal Primária”*, em que a grávida vai ficando cada vez mais focada na chegada do bebé e nas enormes alterações envolvidas (Leifer, 1977; Lester & Norman, 1986; Pines, 1972).

Para Colman e Colman (1994) neste trimestre a grávida começa a antecipar o processo pelo qual se vai desligar da gravidez – o parto, a que chamaram a fase da Separação.

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

CAPÍTULO 2.

A RELAÇÃO MÃE-BÉBÉ NA GRAVIDEZ

CAPÍTULO 2. A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ

A qualidade da relação mãe-bebé tem sido objecto de estudo privilegiado na Psicologia, sendo sublinhada a importância desta relação para o desenvolvimento psicológico do filho. De facto, a qualidade da relação mãe-filho é crítica para a qualidade do desenvolvimento do bebé, mas não deixa por isso de ter também um papel absolutamente incontornável no funcionamento e desenvolvimento psicológico da própria mãe (Ambert, 1992; Antonucci & Mikus, 1988). Tal como Erikson (1950) refere, a sociedade moderna está a dramatizar a dependência das crianças em relação aos adultos, esquecendo que o contrário também é verdade!, o que levou Cidália Duarte e Paula Mena Matos (2004) a acrescentar ao título do seu livro sobre a parentalidade: “Nós (os pais) também existimos!”. Assim, o estudo da relação mãe-bebé tem-se focado especialmente nas necessidades da criança, sem se reportar às mudanças experienciadas pela mulher no desempenho do papel de mãe (Rossi, 1968). De facto, a perspectiva de responsabilidade perante um bebé pode ter um forte impacto no desenvolvimento psicológico da mulher, que terá que aprender a relacionar-se com o filho, disponibilizando uma grande parte do seu investimento emocional para assegurar a segurança, o bem-estar e o desenvolvimento do novo ser. Este investimento só será possível, só fará sentido, se a grávida for capaz de construir uma ligação afectiva intensa e duradoura com o bebé. A construção desta relação da mãe com o seu filho tem sido considerada uma tarefa psicológica essencial da gravidez (Canavarro, 2001), iniciando-se muito antes do nascimento, num processo contínuo de adaptação corporal, emocional e cognitiva ao bebé, ao longo de nove meses. A natureza desta ligação será aprofundada ao longo do presente capítulo, em que será discutida a possibilidade desta ser perspectivada como uma relação de vinculação.

2.1.1. ORIGEM PRENATAL DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ

Existe relação mãe-bebé na gravidez?

A relação da mãe com o bebé na gravidez foi evidenciada pelos psicodinâmicos, como Deutsch (1945) que falava em “investimento libidinal naquele que está a ser gerado”, assistindo-se a um esforço para descrever a evolução do investimento emocional no bebé ao longo da gravidez, numa valorização consensual do desenvolvimento psicossocial da mãe durante a gravidez, em paralelo com o desenvolvimento do bebé (Deutsch, 1945; Breen, 1975; Bretherton et al, 1989; Tanner, 1969; Leifer, 1980; Rubin, 1975). Esta perspectiva, consistente com a experiência das mulheres grávidas descrita há muito pelos psicodinâmicos (Breen, 1975), tem sido confirmada pelas abordagens qualitativas e narrativas mais recentes (Dykes & Stjernquist, 2001; Nelson & Fazio, 1995; Staiton, 1990). No mesmo sentido apontam os estudos baseados em questionários de auto-relato, que têm encontrado valores bastante elevados de relação com o bebé na gravidez (Carter-Jessop & Keller, 1987; Condon, 1993; Cranley, 1981; Grace, 1989; Siddiqui, Haeggloef & Eisemann, 2000; Williams et al, 1987).

Assim, a investigação sobre a origem prenatal deste processo de desenvolvimento da relação da mãe com o filho, permitiu confirmar a noção de desenvolvimento de uma ligação materna ao bebé durante a gravidez (Grace, 1989).

Neste processo, temos que destacar a contribuição de Mecca Cranley que, em 1981, impulsiona a investigação com o desenvolvimento do *Maternal-Fetal Attachment Scale*. Desde então, foram muitos os autores que, recorrendo a este instrumento (Bloom, 1995; Grace, 1989; Huang, Wang & Chen, 2004; Mendes, 2002; Mercer et al, 1988; Muller, 1993b; Scott & Hill, 2001; Sjogren, Edman, Widstrom, Mathiesan & Uvnas-Moberg, 2004) ou a outros instrumentos (Condon, 1993; Mikulincer & Florian, 1999; Muller, 1993; Pollock & Percy, 1999) e abordagens (Nelson & Fazio, 1995; Zeanah et al, 1994), têm vindo a explorar a relação mãe-bebé na gravidez, suportando a noção de que a construção da relação da mãe com o filho tem as suas origens no período gravídico e que constitui um processo gradual (Condon, 1993; Fleming & Corter, 1988; Grace, 1989).

Assim, podemos encontrar inúmeros contributos para o reconhecimento da relação mãe-bebé na gravidez. Em estudos mais centrados na avaliação da experiência emocional (ex: Leifer, 1980), ou mais centrados na avaliação de comportamentos de

interacção, comunicação e cuidado do bebé (ex: Cranley, 1981; Williams et al, 1987), ou mais centrados na percepção e construção de uma representação do bebé (Ammaniti, et al, 1992; Siddiqui, Haeggloef & Eisemann, 1999), tem sido possível encontrar consenso quanto à presença de uma forte ligação materna ao bebé no período gravídico.

2.1.2. ABORDAGENS E DEFINIÇÕES DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ

O que é a relação mãe-bebé?

Diferentes Abordagens e Definições

São de facto inúmeros os estudos realizados no campo da relação mãe-bebé; mas se é possível encontrar consenso empírico quanto à existência de uma relação da mãe com o bebé no período gravídico, não há, no entanto, consenso na forma de conceptualizar esta relação, havendo diferentes formas de abordar esta relação.

Entre os psicodinâmicos, destacam-se Anthony e Benedek (1970), Breen (1975), Bibring e colaboradores (1961), Caplan (1960) e Rubin (1975) como alguns dos investigadores que exploraram a dinâmica emocional da grávida, identificando os sentimentos e as percepções em relação ao bebé: a grávida tem que ver o seu bebé como parte de si, física e emocionalmente, mas simultaneamente como separado de si, como um indivíduo. Assim, estes autores valorizam o processo de individuação mãe-bebé na construção desta relação que culminaria no momento do parto.

Enquadrando-se também nestes pressupostos, Rubin (1975), descreveu a evolução do investimento no bebé desde o amor narcísico inicial, a uma diferenciação progressiva entre o feto e o *self*, numa percepção crescente de um indivíduo separado. Esta autora refere-se especificamente à tarefa de “binding-in”, como um processo de tomada de consciência ao longo do qual a mulher percebe, sente afecto e interage com o bebé como um indivíduo separado de si, como uma das quatro tarefas desenvolvimentais da preparação para a maternidade na gravidez. Também Leifer (1980) valoriza a evolução da experiência afectiva da mãe desde os sentimentos abstractos e difusos já presentes

nas primeiras fases da gravidez, a sentimentos mais concretos e personificados, ficando, mais tarde, activamente envolvida em interacções tácteis e verbais tais como chamar o bebé por diminutivos. Leifer (1980) valoriza os comportamentos de interacção com o bebé na gravidez como traduzindo laços emocionais significativos. Para esta autora, a relação mãe-bebé prenatal é um conceito constituído por um conjunto de cinco dimensões (fantasia, interacção, afecto, diferenciação, e partilha) que assumem diferentes pesos ao longo do processo gravídico.

Mecca S. Cranley (1981) operacionaliza o conceito da relação da mãe com o bebé na gravidez em itens indicadores de afiliação e interacção em relação ao bebé que incluem comportamentos de falar ou cantar para o bebé, chamar-lhe um nome carinhoso ou um diminutivo, assumir comportamentos que contribuam para a sua saúde, atribuir-lhe intenções ou fantasiar sobre a sua vida futura em conjunto. Esta autora identifica cinco dimensões da relação mãe-bebé na gravidez: aquisição do papel materno (*roletaking*), diferenciação do *self* em relação ao bebé, partilha do *self*, atribuições ao bebé e interacção com o bebé, sistematizando as formulações de Rubin (1975) e de Leifer (1980). Nesta abordagem, é já valorizada a construção da identidade materna como componente da construção da “ligação” materna ao bebé. Numa crítica à valorização da dimensão comportamental dos estudos de Cranley, Mary E. Muller (1993a) enfatiza a relação afectiva desenvolvida entre a mãe e o bebé, definindo o “prenatal attachment” como *“a relação afectiva, única, que se desenvolve entre a mulher grávida e o seu feto”* (1993a, p.11), valorizando a interacção e comunicação com o bebé³, a

³ Ao longo deste trabalho, privilegiaremos o termo “bebé” sobre o termo “feto” ou “embrião”, na medida em que estes últimos termos reflectem abordagens de natureza médica ou biológica, enquanto que o termo “bebé” remete preferencialmente para uma dimensão mais psicológica e relacional pois, é desta forma que a sua representação pela grávida e os outros é construída: nenhuma grávida fala ou pensa no seu “feto”, mas sim no seu “bebé” (Cyrulnik, 1989). No entanto, faltam-nos termos que melhor ajudem a clarificar se estamos a falar do bebé durante ou após a gravidez. Assim, recorreremos ao termo “feto”, sempre que seja necessário facilitar a distinção entre o período pré e pós-natal. Na literatura anglo-saxónica esta dificuldade é contornada pelo recurso a um terceiro termo (“the unborn baby” ou mesmo ou “the developing baby” ou “the coming baby”) sem tradução directa para a nossa língua.

Portanto, privilegiaremos o termo “bebé” pois, aquilo que em termos médico é um feto, é já um bebé em termos psicológicos e relacionais (ninguém diz que tem um embrião ou um feto dentro de si, mas sim um bebé). Esta preferência reflecte também a nossa abordagem da relação mãe-bebé na perspectiva das representações da grávida. No entanto, o facto de muita da investigação da relação mãe-bebé na gravidez

atribuição de características individuais e a identificação de sentimentos de amor. Esta autora define, assim, esta ligação como os pensamentos, sentimentos e comportamentos da mãe em relação ao bebé e operacionaliza a proposta de Leifer (1977) organizando-a em cinco dimensões interrelacionadas com diferentes pesos ao longo da gravidez: fantasia, interacção com o bebé, afecto, diferenciação entre o *self* e o bebé e partilha com os outros (Muller, 1992; 1993a).

Numa perspectiva inspirada pela teoria da vinculação, John Condon (1993), utiliza o termo “*antenatal emotional attachment*”, considerando que a “experiência nuclear de vinculação” está já presente na gravidez associada a um conjunto de experiências subjectivas ou atitudes: 1. querer conhecer; 2. querer estar e interagir; 3. evitar a separação ou a perda; 4. querer proteger; e 5. querer gratificar e satisfazer o objecto de vinculação. Estas atitudes estão orientadas para manifestações comportamentais específicas como a procura de informação e de proximidade, ou o evitamento de comportamentos de risco que ponham em perigo o bebé. Este autor valoriza dimensões mais atitudinais e estruturais na base das eventuais manifestações comportamentais. Da mesma forma, Laxton-Kane e Slade (2002) definem esse conceito como “a relação única entre uma mãe e o seu feto representada pela forma como a mãe conceptualiza o bebé”. Mas, Mendes (2002), prefere utilizar o termo “ligação materno-fetal”, considerando-o “mais abrangente no que diz respeito à construção de representações de interacções relevantes e significativas na formação de laços emocionais” (Mendes, 2002, p. 48). Fleming e Corter (1988), revendo estudos com abordagens tão diversas como a psicanálise e a desenvolvimental até à análise da fisiologia mecanicista do comportamento materno humano e animal, utilizam o termo “*maternal responsiveness*” para englobarem diferentes formas de comportamento parental em diferentes espécies, e para que se possa aplicar às diferentes fases do ciclo materno (incluindo a gravidez). Estes autores utilizam este termo para se referirem aos sentimentos profundos de envolvimento, interacção e cuidado materno, que se reflectem tanto no auto-relato da mãe, como nos comportamentos e formas de interacção que são supostos traduzir

ser da área da enfermagem reflecte-se na utilização frequente e generalizada do termo “feto” na literatura científica específica.

esses sentimentos⁴. Com este termo os autores procuram compreender não apenas os sentimentos e reacções / interacções em relação ao filho, mas também os sentimentos relativos às actividades de *cuidador* e o seu próprio sentido de competência materna.

A delimitação destes conceitos realça a vertente materna desta dimensão relacional, definida na perspectiva da grávida. No entanto, parece não haver uma conceptualização consensual desta relação. Assim, uns recorrem ao termo “*binding-in*” (Rubin, 1975), outros referem-se a um “*maternal bond*” (Carter-Jessop & Keller, 1987), outros preferem falar em “*maternal responsiveness*” (Fleming & Corter, 1988), ou de um “*prenatal attachment*” (Cranley, 1981), um “*emocional antenatal attachment*” (Condon, 1993), outros ainda de um “*attachment bond*” (Harlow, 1974). Assim, encontramos claramente uma dificuldade na conceptualização desta relação.

Conceptualização da Relação Mãe-Bebé: Vinculação ou Bonding?

Os autores que se dedicaram mais à investigação empírica da relação mãe-bebé durante a gravidez são da área da enfermagem (Bloom, 1995; Cranley, 1981, 1993; Grace, 1989; Heidrich & Cranley, 1989), baseando-se em larga medida nas formulações de Rubin (1975, 1984) e nos instrumentos de Cranley (1981). Contudo, apesar de utilizarem o termo vinculação prenatal, raramente se referem especificamente aos contributos e perspectivas das teorias de vinculação.

Muitos autores preferem então utilizar o termo *bonding* para contornar a dificuldade na conceptualização da relação mãe-bebé como sendo uma relação de vinculação (ex: Mendes, 2001). No entanto, os dois termos acabam muitas vezes por ser usados de forma indistinta como se tivessem significado semelhante⁵.

Gross, DeHart e Stroufe (1996) exploram a distinção entre os dois termos. A vinculação refere-se a uma relação que se desenvolve gradualmente e que evolui ao longo de um

⁴ “*underlying feelings of nurturance and engagement with, or involvement in, being a mother, as reflected in women’s self-report, as well as the behaviors or ways of interacting that we assume reflect these feelings*” (pp. 191)

⁵ Como está patente, por exemplo, na definição de Cranley (1984) que define *prenatal attachment* como “a capacidade da grávida assumir comportamentos que representem uma afiliação e interacção com o feto” (1981). West e Keller (1994) distinguem precisamente o conceito de vinculação da noção de afiliação com que é muitas vezes confundido por estes autores, referindo que a afiliação tem um carácter menos íntimo e intenso, menos duradouro, menos ligado à protecção e mais ao alargamento de interesses.

período alargado. Para a perspectiva da vinculação, todas as experiências deste período são importantes, pois considera-se que a vinculação é construída em função da história das interacções que a precederam. É neste sentido que, para esta perspectiva, são importantes as primeiras experiências de interacção, na medida em que marcam o início do processo de se conhecerem uns aos outros. Assim, a gravidez poderá ser considerada uma fase importante para a construção de um modelo relacional, na medida em que parece ser já possível identificar um padrão de interacção e responsividade às necessidades e aos sinais do bebé, já existente neste período (Condon, 1993; Pollock & Percy, 1999). Esta relação não pode ser estabelecida instantaneamente. Williams e colaboradores (1987) reforçam esta ideia, defendendo que o contacto e a experiência das primeiras horas ou dias de vida são relevantes mas constituem, apenas, uma pequena parte, do muito mais vasto processo de desenvolvimento desta relação de vinculação. Também estes autores lembram que o período de responsabilidade parental é tão longo nos seres humanos que os dois primeiros dias após o parto não poderiam funcionar como período crítico da mesma forma que acontece noutras espécies. E de facto, o próprio conceito de *bonding*, inicialmente compreendido como um mecanismo estabelecido quase automaticamente desde que as condições estejam asseguradas (analogia com o *imprinting* das aves), evoluiu no sentido de acentuar o papel das experiências maternas durante a gravidez na construção da relação da mãe com o seu filho, reforçando a compreensão processual desta relação (Klaus & Kennell, 1982, cit por Gross et al, 1996).

Aliás, se compararmos as diferentes concepções e formas de avaliar a relação mãe-bebé, podemos considerar que é possível encontrar inúmeras semelhanças e paralelismos. A mulher grávida expressa sentimentos e pensamentos pelo bebé (Breen, 1975; Bretherton et al, 1989; Condon, 1993; Leifer, 1984; Muller, 1989; Rubin, 1984; Williams et al, 1987); procura tocar e interagir com o seu bebé (Condon, 1993; Cranley, 1981; Leifer, 1980; Muller, 1993; Rubin, 1984; Williams et al, 1987); zelar pela sua saúde e bem-estar (Carter-Jessop & Keller, 1987; Condon, 1993; Cranley, 1981); e, ao longo deste processo, vai construindo uma representação do bebé e de si como mãe (Ammaniti, et al, 1992; Stern & Bruschweiler-Stern, 1998; Cranley, 1981; Rubin, 1984; Siddiqui et al, 2000).

Neste sentido, podemos considerar as diferentes formas de encarar a relação da mãe

com o bebé como compatíveis com a compreensão desta relação como sendo de vinculação.

Rubin (1984) refere-se ao processo de tomada de consciência na gravidez ao longo da qual a mulher percebe, sente afecto e interage com o bebé como um indivíduo separado de si, Muller (1992) refere-se aos sentimentos de afecto e à interacção e comunicação com o bebé, incluindo a atribuição de características individuais e a identificação de sentimentos de amor, Cranley (1981) identifica os inúmeros comportamentos de interacção e sentimentos de afiliação com o bebé, Reading (1983) fala em sentimentos maternos, Williams e colaboradores (1987) constata sentimentos de proximidade emocional, Carter-Jessop e Keller (1987) incluem o papel de pensamentos, sentimentos e comportamentos maternos na construção do laço emocional, Mikunlincer e Florian (1999) referem-se à atitude afectiva, cognitiva e comportamental (bem como à semelhança percebida em relação ao bebé), Koniak-Griffin (1988) fala de afiliação pelo bebé, ou, finalmente, Condon (1993) que se refere ao laço emocional ou experiência de “amor” que combina, num modelo hierárquico, pensamentos, sentimentos e comportamentos de conhecimento e interacção, de protecção e satisfação de necessidades, e de evitamento da perda. Assim, os diferentes autores, parecem, de uma forma geral, valorizar a construção de uma relação duradoura, emocionalmente intensa, centrada na interacção real e simbólica com o bebé (sentimentos, pensamentos e comportamentos maternos), com um impacto significativo no sentido de identidade da mãe, parecendo fazer sentido, neste contexto, falar-se em vinculação prenatal.

Tentaremos discutir a possibilidade de transpor o conceito de vinculação tal como desenvolvido por Bowlby e seguidores para a construção da relação mãe-bebé ao longo da gravidez.

Assim, e apesar das teorias da vinculação reservarem, tradicionalmente, o termo “vinculação” para descrever a ligação do bebé com alguém “mais forte e mais sabedor” (Bowlby, 1988), o termo é aqui usado de forma mais abrangente para descrever os sentimentos maternos duradouros de ligação emocional profunda ao bebé, bem como o seu sentido de si como capaz de cuidar e gostar (“*care*”) do seu filho (Cohen & Slade, 2000).

Este processo resulta na construção de uma representação do bebé e de uma representação do *self* materno com grande impacto na identidade da mulher que passa a integrar o papel de mãe (sentido de si, como capaz de cuidar e gostar do filho) e a relação de responsabilidade e entrega pessoal face ao bebé (cuidado com a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar físico e emocional do filho) que se constitui como um componente central nesta tarefa da maternidade. Portanto, na compreensão da vinculação prenatal, destacaremos, não apenas os sentimentos e comportamentos em relação ao bebé, mas também os sentimentos relativos ao papel de cuidador e à própria identidade materna. Assim, implicitamente relacionada com o desenvolvimento da relação com o bebé, está a consciencialização da mulher grávida para o repensar da sua própria imagem e do seu papel em relação às tarefas maternas, numa construção e identificação com o seu papel materno. Autores como Cranley (1981), Mercer e colaboradores (1988) e Rubin (1984) tinham já sublinhado o facto de a mulher durante a gravidez começar simultaneamente a imaginar como será o assumir da responsabilidade de cuidar do bebé e a organizar-se cognitivamente para o assumir do seu papel de mãe. Também Fleming e Corter (1988) referem, para além dos sentimentos e reacções / interacções em relação ao bebé, os sentimentos relativos às actividades de cuidador bem como o próprio sentido de competência materna⁶. Deste modo, adoptaremos a definição proposta por Cohen e Slade (2000) que utilizam o termo vinculação prenatal para descrever os sentimentos maternos duradouros de ligação emocional profunda ao bebé, bem como o seu sentido de si como capaz de cuidar e gostar (*“care”*) do seu filho (Cohen & Slade, 2000). Esta definição vai ao encontro da concepção de Stern e Bruschweiler-Stern (1999) em que a construção da representação materna do bebé inclui tanto a representação do bebé como a representação do *self* materno, que são complementares no sentido em que cada aspecto de uma implica um aspecto na outra. Esta interdependência entre as representações do *self* materno (*self-as-mother*) e as representações do bebé na gravidez, foi confirmada por Ammaniti e colaboradores (1992).

⁶ Estes autores utilizam o termo “maternal responsiveness” para englobarem diferentes índices de sentimentos e responsividade parental e valorizando tanto o auto-relato como os comportamentos na expressão dos sentimentos de envolvimento e cuidado do bebé.

2.1.3. VINCULAÇÃO PARENTAL: A RELAÇÃO PARENTAL COMO UMA RELAÇÃO DE VINCULAÇÃO

A especificidade da vinculação parental

Como vimos, o termo “vinculação”, originalmente dedicado à descrição da relação de uma criança com o seu *caregiver* (Bowlby, 1988), e mais tarde alargado ao estudo das relações românticas (Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987), tem sido usado mais recentemente no contexto parental, referindo-se à ligação emocional que os pais desenvolvem com o filho desde a gravidez (Condon, 1993; Cranley, 1981; Muller, 1993). No entanto, a sua aplicação à relação mãe-bebé na gravidez, através do termo vinculação prenatal, não tem sido suficientemente fundamentada, pelo que se considerou importante reflectir em que medida podemos ou não considerar a relação parental como uma relação de vinculação.

Tradicionalmente, considerou-se que a relação de vinculação inicia a sua construção a partir do nascimento do bebé e que só se pode falar em relação de vinculação propriamente dita quando o bebé adquiriu já a capacidade de representar a sua figura de vinculação na sua ausência. Na compreensão da relação mãe-bebé como uma relação de vinculação prenatal, estão implícitas duas condições: primeiro que a relação parental possa ser entendida como uma relação de vinculação; segundo que o período prenatal encerra o início dessa relação de vinculação parental.

Mas Williams e colaboradores (1987) consideram que uma visão bilateral da relação mãe-bebé, que abranja as duas facetas ou os dois elementos envolvidos (mãe e filho), terá que considerar o desenvolvimento de sentimentos e comportamentos de vinculação dos pais anterior ao desenvolvimento dos comportamentos e sentimentos de vinculação da criança. Neste sentido, estes autores consideram que a relação mãe-bebé começa antes do nascimento da criança, a partir das experiências e fantasias que ocorrem em torno do desenvolvimento fetal.

Na tentativa de clarificar em que medida podemos ou não considerar a relação parental como uma relação de vinculação, importa identificar as características identificadas para definir uma relação deste tipo, explorando a sua adequação para definir, então,

uma relação parental.

Costa e Matos (1996), numa sistematização das concepções teóricas acerca da vinculação, centrada na vinculação adulta, referem que “por ligações afectivas de proximidade ou relações de vinculação entendem-se aquelas relações que são únicas e exclusivas, que constituem importantes recursos na procura de conforto e de apoio, que implicam afectos intensos sobretudo em momentos de separação. São relações insubstituíveis e a sua perda é irreparável. Contribuem de forma inequívoca para o desenvolvimento de um sentido interno de valor e segurança pessoal” (Bowlby, 1969/91; 1977; Ainsworth, 1989; 1991; Weiss, 1982; 1991; West & Sheldon-Keller, 1994, citados por Costa & Matos, 1996) (sublinhados e itálicos da autora).

De facto, a relação que os pais estabelecem com os seus filhos parece evidenciar, de um modo geral, cada um destes aspectos (sublinhados) das relações de vinculação (sendo que muitos deles estarão já presentes no período de gravidez). De facto, a relação parental é claramente uma ligação afectiva de proximidade com afectos intensos, única e insubstituível, cuja perda é irreparável (que será discutido a propósito do significado psicológico da perda perinatal), e que contribui inequivocamente para o desenvolvimento de um sentido interno de valor pessoal da mãe (e do pai). No entanto, se em relação a estas características de uma relação de vinculação é óbvia a aplicação / transposição para a relação parental, não podemos considerar o mesmo em relação ao facto de esta se constituir num importante *recurso na procura de segurança e apoio* (destacado em itálico pela autora na citação de Costa & Matos, 1996).

George e Solomon (1996), abordando a relação parental do ponto de vista estrito do sistema de *caregiving* permitem clarificar especificamente a (não) atribuição destas características de apoio e segurança a esta relação, que se pauta fundamentalmente pela unilateralidade do sentido do *caregiving*, não sendo de valorizar, portanto, a procura de apoio ou de segurança por parte dos pais nesta relação que é de complementaridade e não de simetria. E, de facto, a inversão de papéis ou parentificação dos filhos constitui um fenómeno de disfuncionamento familiar.

Um outro aspecto da vinculação, que não se pode transpor directamente para a relação parental, prende-se também com a experiência de “afectos intensos, sobretudo em momentos de separação”. Assim, se por um lado, é inquestionável a intensidade emocional do “amor materno”, por outro lado, a sua presença nos momentos de

separação (tão enfatizada nas teorias da vinculação como o ilustra a investigação a partir da Situação Estranha) exige cautela e uma reflexão adicional. É que, ao contrário da relação filial que se orienta pela procura de proximidade (em jogo na Situação Estranha como, de resto, na maioria da investigação enquadrada nesta abordagem), a relação parental deve, pelo contrário, promover a separação e não dramatizá-la. Assim, a separação como um processo associado à exploração do meio (e ao desenvolvimento da autonomia filial), não deverá induzir afectos intensos da parte dos pais que estão associados a mecanismos de sobreprotecção parental.

Concluindo, o conjunto destas características da experiência relacional dos pais em relação ao filho não parece responder a todas as dimensões tradicionalmente associadas a uma relação de vinculação, evidenciando uma especificidade que importa explorar.

Newman e Newman (1988), no seu livro *Transitions to Parenthood*, colocam-se numa perspectiva claramente enquadrada nas teorias da vinculação e dedicam precisamente um capítulo ao “*Parental Attachment*”, centrando-se na relação que os pais estabelecem com os filhos e no potencial desenvolvimental que esta relação tem para os pais. Estes autores citam Harlow que, já em 1974, considerava a especificidade da relação do pai e da mãe com a criança, distinguindo-a da natureza da ligação de uma criança aos pais⁷.

Newman e Newman (1988) realçam que, este tipo de vinculação (a que Harlow chamou de “amor materno”), tem um conjunto de características próprias que a distinguem da vinculação filial à mãe, da vinculação aos pares e da vinculação amorosa. Estes autores distinguem a vinculação entre um pai e o seu filho, da vinculação de uma criança em relação aos seus pais, referindo duas características: o forte sentido de responsabilidade que os pais sentem pela protecção e cuidado da criança, que é uma das características mais primárias desta forma de vinculação; e uma segunda característica diferenciadora, que tem a ver com os benefícios emocionais da

⁷ Harlow (1974) distingue cinco formas de laços de vinculação: o amor de uma criança pela sua mãe (vinculação filial, sentido original da noção de vinculação); o amor por um amigo (vinculação aos pares, próximo da noção de amizade); o amor heterossexual (vinculação amorosa, próximo da noção de intimidade); o amor materno e o amor paterno (como duas formas distintas de vinculação parental, quer a vinculação materna quer a vinculação paterna). Na perspectiva de Harlow estes laços de vinculação surgiriam por aquela ordem e cada novo laço de vinculação implica a experiência dos laços de vinculação anteriores.

vinculação que advém não apenas da proximidade com a criança, mas, do próprio sentimento de estar a responder às suas necessidades.

Os autores distinguem, também, esta vinculação parental, da vinculação amorosa do adulto, destacando o facto de ser um laço recorrente: com o nascimento de um novo filho há todo um novo investimento emocional e não uma substituição ou diminuição da ligação afectiva existente com a criança anterior (ao contrário da relação que os adultos estabelecem com o seu par amoroso que é desinvestida com a construção de novas relações de vinculação amorosa). Os autores distinguem, ainda, a vinculação parental da vinculação aos pares e da vinculação amorosa, evocando uma outra diferença considerada fundamental nas teorias da vinculação. Assim, ao contrário do que é esperado numa vinculação entre adultos, que se caracteriza pela reciprocidade, pelo equilíbrio de poderes e responsabilidades, e pela mutualidade dos papéis, quando nos referimos a uma relação entre um pai e o filho não há esta simetria, mas sim uma relação de complementaridade. Ainda que haja muitas situações em que a complementaridade entre adultos aconteça (como por exemplo em situações de doença), este apoio pode ser fornecido alternadamente por um ou por outro elemento. Mas, a vinculação a uma criança é, neste sentido, considerada unidireccional: são os pais que assumem toda a responsabilidade pelo bem-estar da criança⁸.

Neste sentido, poderemos considerar que esta relação de vinculação parental se inicia logo no período prenatal, se concordarmos, como nos propõe Newman e Newman (1988) e é consistente com a perspectiva de George e Solomon (1996) e de Condon (1993) que uma das características mais primárias deste tipo de vinculação é o forte sentido de responsabilidade que os pais sentem pela protecção e cuidado da criança. De facto, este é dos aspectos mais fortes da ligação dos pais aos filhos, e é já bem visível na gravidez em que, desde cedo, a mãe inicia a sua relação de prestação de

⁸ Este sentido da relação pode, de certa forma, ser invertido mais tarde perante a doença, a velhice ou outra fragilização dos pais que os coloquem como *care-seekers*, passando os filhos a *care-givers*. E, mesmo na infância, é possível encontrar alguma reciprocidade, pois também os filhos “mimam” os pais, proporcionando-lhes também amor e bem-estar, e podendo também, ainda enquanto crianças, apoiar os pais em situações de sofrimento e dificuldade, mas acredita-se que, de certa forma, este sentido unilateral da vinculação baseado numa representação interna com uma distribuição desigual de poderes e responsabilidades se mantém ao longo do ciclo vital e nas diferentes circunstâncias de vida que atravessam.

cuidados (*caregiving*), envolvendo-se numa reorganização da sua vida no sentido de assegurar desde o período prenatal o bem-estar e a qualidade do desenvolvimento do seu bebé (cuidados com a alimentação, a saúde, a actividade física e o descanso, a actividade sexual, o estado emocional, o barulho, a poluição, os comportamentos de consumo de substâncias como o álcool e o tabaco tão valorizados na literatura norte-americana sobre a adaptação à gravidez, etc.), pelo que, podemos encontrar desde a gravidez, uma mãe tratando do seu filho com carinho e afecto (o que se irá prolongar ao longo do seu desenvolvimento, e exige à mãe – e ao pai também, claro! - um enorme investimento emocional). Ainda que estes comportamentos de prestação de cuidados sejam enfatizados nas teorias clássicas de vinculação em termos da qualidade da relação que os pais proporcionam aos filhos, considerada determinante na vinculação *dos filhos*, considera-se pertinente enfatizar neste trabalho o papel desse “forte sentido de responsabilidade” na construção (e avaliação) da vinculação dos pais aos filhos. Assim, independentemente do impacto que esse sentido de responsabilidade exerça na vinculação dos filhos aos pais, considera-se que ele pressupõe (e sinaliza) uma forte ligação emocional dos pais em relação aos filhos, nos termos em que tem sido referida ao longo deste capítulo, de acordo com a natureza da vinculação parental. Este sentido de responsabilidade referido por Newman e Newman (1988), está muito próximo do conceito de “preocupação materna primária” proposto por Winnicott (1956) para se referir ao processo da mãe ficar intensamente identificada com o bebé, nas suas necessidades e ritmos, e também do conceito de “maternal thinking” proposto por Ruddick (1980) para identificar uma característica universal das práticas maternas, referindo-se à actividade constante de antecipar e garantir a saúde e o bem-estar do bebé.

A vinculação parental como um modelo interno

Compreender a relação mãe-bebé como uma relação de vinculação remete, também, para os processos cognitivos que a orientam. A relação mãe-bebé implica a reconstrução de modelos internos dinâmicos, com impacto no seu modelo do *self* e do outro. George e Solomon (1996) consideram que a gravidez é uma etapa desenvolvimental dos processos cognitivos da vinculação pautada pela evolução de um modelo de si própria de objecto de cuidados (*care-recipient*) para prestador de cuidados (*care-giver*). No entanto, a avaliação da vinculação, tradicionalmente baseada na

observação de comportamentos de interação (especialmente generalizada na investigação sobre a relação da criança com a mãe), dificulta a investigação da relação mãe-bebé sob o prisma da mãe, especialmente na gravidez, em que a dimensão comportamental da relação materna está naturalmente limitada. Neste sentido, Laxton-Kane e Slade (2002) consideram que a vinculação parental, antes e após o parto, pode requerer abordagens ligeiramente diferentes, quanto mais não seja, pela ausência de oportunidades de reciprocidade. Mas lembram, no entanto, que a principal forma de compreender a vinculação é em termos de sentimentos e comportamentos que derivam das representações cognitivas (Bowlby, 1988), consistente com a evolução epistemológica das teorias da vinculação que, cada vez mais valorizam os aspectos representacionais na avaliação da vinculação (Hazen & Shaver, 1987; Bartholomew, 1990). Neste contexto, podemos falar de modelos do outro (bebé) e de si como mãe. Zeanah (Zeanah & Barton, 1989; Zeanah et al, 1994; Benoit & Parker, 1997) têm confirmado que esses modelos internos são construídos desde a gravidez, sendo possível avaliar diferentes padrões de vinculação prenatal semelhantes aos encontrados no período pós-natal.

George e Solomon (1996) compreendem a vinculação prenatal em termos de representações, com origem nas experiências precoces de vinculação, mas que são sujeitas a um processo de desenvolvimento ao longo de toda a vida. A primeira gravidez é uma importante etapa desenvolvimental desses processos cognitivos, orientada para a maturação do modelo interno do *self* que passa de *objecto de cuidados* para *prestador de cuidados* (George & Solomon, 1996). A vinculação prenatal está assim alicerçada nas representações mentais de prestação de cuidados, que organizam o seu comportamento de *cuidador*. O conceito de modelos internos permite considerar as “estruturas inconscientes” histórica e idiossincraticamente construídas, que articulam afectos e crenças, representações de si e dos outros, emocionalmente carregadas, permitindo-nos compreender melhor a natureza da vinculação parental aos filhos.

O estudo das representações maternas no período prenatal, proposto por Solomon e George (1996), poderá então constituir um importante contributo para a compreensão da vinculação prenatal. No entanto, Laxton-Kane e Slade (2002) referem que a relação entre a vinculação prenatal e as representações mentais maternas não tem sido estudada.

Impacto da perda da gravidez

Além da experiência de afectos intensos e do sentido interno de valor pessoal que a relação com o bebé proporciona à mulher grávida, bem como o impacto que essa relação tem na identidade e no desenvolvimento psicológico da mulher, há um outro elemento fundamental para a compreensão desta relação como se tratando de uma relação de vinculação: a experiência de perda profunda e todo o processo de luto que envolve a perda de uma gravidez. Este processo de luto tem sido enfatizado na compreensão da vinculação adulta.

O impacto psicológico da interrupção da gravidez (por opção, acidente ou indicação médica) é enorme, sendo obviamente um choque lidar com a perda do bebé. O luto após interrupção da gravidez é, de resto, muito mais forte do que é normalmente reconhecido (Janssen, Cuisinier, Hoogduin & de Grauw, 1996; Janssen, Cuisinier, de Grauw, & Hoogduin, 1997; Hunfeld, Wladmiroff, & Passchier, 1997; Leon, 1986; Zeanah, 1989), pois a sua resolução é difícil e dolorosa, envolvendo tristeza, preocupação, depressão, raiva, culpa e ansiedade, podendo até, nalgumas circunstâncias despertar perturbações psiquiátricas anteriores e conduzir a variadas formas de luto não resolvido ou patológico (Janssen et al, 1996; Hunfeld et al, 1997; Hunfeld et al, 1997; Zeanah, 1989). Assim, esta situação pode conduzir a situações de depressão, luto não resolvido, gravidez de substituição, *stress* conjugal, isolamento social (em especial de outros casais com filhos) e mesmo risco de suicídio (Olkin, 1987).

A intensidade de tais sentimentos e o seu impacto na vida da mulher tem que ser compreendidas em função daquilo que ela perdeu: ela perdeu uma parte de si: um objecto de vinculação, e todo o processo de identificação com o papel materno e de relação com o bebé foi profundamente abalado (não tendo oportunidade de resolver a crise adaptativa da gravidez). Afinal, já não há bebé para acarinhar, já não há família nova. É uma mãe sem filho...

Subjacente a esta perda (e determinante para a sua adequada resolução), está a forma como a grávida se liga ao seu filho, desde o início da gravidez. Até muito recentemente, o processo de luto era prejudicado pela inibição do contacto dos pais com o bebé. Mas, actualmente, os pais são encorajados a ver, tocar, dar nome e fazer o ritual do funeral do bebé de forma a senti-lo como real. É difícil fazer o luto de alguém cuja identidade

não tenha sido clarificada socialmente e cuja imagem esteja povoada por fantasias, enraizada física e psicologicamente no *self* dos pais. A vinculação prenatal tem sido considerada como “um pau de dois bicos”, com consequências “indesejáveis” em situação de perda da gravidez. Sylvia K. Olkin (1987) questiona esta abordagem com base em relatos de casais em situação de perda perinatal, considerando que, ao contrário da perspectiva tradicional, a construção de uma relação com o bebé tem uma função adaptativa e desenvolvimental *também* na integração da perda (do bebé), permitindo que o processo de luto decorra de forma “saudável”, alertando, no entanto, que al não significa uma experiência de sofrimento e dor menor. Assim, há que encorajar os pais a tocar, ver o bebé, para consolidar o seu laço com ele, facilitando o processo de luto. O processo de luto segue, assim, o seu curso desde o choque inicial, passando pela recusa, pela tristeza e raiva, até ao equilíbrio e finalmente à reorganização.

Esta reacção à perda do bebé, pode ser compreendida como uma reacção normal e esperada se a encarmos efectivamente como uma perda de uma figura de vinculação, e apesar de poder ser abusivo falar-se em vinculação prenatal nas primeiras semanas de gravidez (em que ocorrem a maioria das interrupções da gravidez), a intensidade daquela reacção emocional, mesmo em situações em que a interrupção da gravidez é voluntária, evidencia a força da experiência afectiva despoletada pela gravidez e a sua potencialidade na construção de uma relação de vinculação tão intensa e duradoira como a relação entre uma mãe e o seu filho.

O início da vinculação parental (quando é que nasce a mãe?)

Assumir que a relação mãe-filho é anterior ao nascimento do bebé coloca então a questão de a partir de quando é que podemos falar de vinculação parental, i.e., “quando é que nasce a mãe?”.

Williams e colaboradores (1987) abordam, como já tínhamos visto, esta questão, considerando que a relação mãe-bebé começa com as experiências e fantasias que ocorrem em torno do desenvolvimento fetal. Laxton-Kane e Slade (2002) abordam também esta questão, referindo os trabalhos de Caccia e colaboradores (1991, cit. por Laxton-Kane & Slade, 2002) que verificaram em grávidas sujeitas a diagnóstico prenatal que a vinculação prenatal estava já presente às 10 semanas de gravidez. Williams e colaboradores (1987) referem ainda que nalgumas situações (como os pais

que experienciam dificuldades na concepção), o processo de desenvolvimento gradual da relação de vinculação parental pode ter até início anterior à gravidez (1987). Eduardo Sá e Jorge Biscaia (1997), referindo-se à vinculação prenatal, consideram mesmo que o investimento emocional no nascimento de um filho começa na sua planificação e ainda antes do processo de tomada de decisão, isto é, antes do investimento comportamental propriamente dito. Esta perspectiva é consistente com a de Brazelton (1981; Brazelton & Cramer, 1989) que considera todo o processo de desenvolvimento da ligação pais-bebé numa continuidade desde as fantasias parentais ligadas ao desejo de ter um filho, à gravidez e à interacção neonatal. Este autor introduz a noção de “pré-história” da vinculação parental e na posterior “*aurora*” da vinculação no período gravídico. Estes autores referem a vontade de ter um filho como resultado da evolução das fantasias parentais relativas à sua própria infância e de desejos *narcísicos*, entendendo que estes sentimentos evoluem durante a gravidez para sentimentos de vinculação em relação ao bebé. Estes autores referem nomeadamente a importância da construção da identidade de género na infância e as brincadeiras e jogos infantis como o tradicional “brincar às casinhas” na construção destas fantasias, bem como a forma como estes desejos e representações de parentalidade vão sendo reconstruídos e redefinidos ao longo do percurso desenvolvimental, como, por exemplo, na puberdade, a par da aquisição da capacidade de reprodução, descrevendo aquilo a que chamaram “pré-história” da vinculação parental.

Mas então, voltando à nossa questão: *quando é que afinal nasce a mãe?*

Laxton-Kane e Slade (2002) consideram, que, apesar das representações mentais do *self* como *cuidador* poderem preceder o desenvolvimento da vinculação prenatal, este processo requer o reconhecimento de alguém com quem estabelecer a vinculação prenatal: *“it could be hypothesized that mental representations of the self as a caregiver may precede this development. However, prenatal attachment would require the recognition of another to be attached to.”* (Laxton-Kane & Slade, 2002, 256).

Assim, as representações cognitivas da mãe como figura cuidadora, apesar de estarem relacionadas com a vinculação parental, não se podem confundir com ela pois, a

vinculação prenatal envolve também a identificação de um objecto de vinculação.

Portanto, a par da construção de uma representação de si como mãe (desenvolvimento das representações de si como *figura cuidadora*, George & Solomon, 1996), a vinculação prenatal parental envolve também a identificação, o reconhecimento de um filho, de um objecto de vinculação concreto, com as suas características e especificidades, que se traduz na construção de uma representação do bebé (Laxton-Kane & Slade, 2002).

Laxton-Kane e Slade (2002) proporcionam assim uma integração das diferentes formas de conceptualizar a relação mãe-bebé, apresentando uma proposta que orientou este trabalho. Estes autores compreendem a construção da relação mãe-bebé, em termos de interacção com o bebé e de construção da identidade materna.

A vinculação parental é assim vista como um processo dinâmico influenciado tanto pelas experiências de vinculação da grávida, como pelo reconhecimento do próprio filho envolvido, vistos como dois processos interdependentes.

Deste modo, a transição para a parentalidade envolve a construção de uma representação de si como mãe. Estas representações são influenciadas pelas experiências precoces de vinculação da grávida, mas, como já foi referido, são sujeitas a um processo de desenvolvimento (pré-história da vinculação parental, Brazelton & Cramer, 1989) em que a 1ª gravidez constitui uma importante etapa desenvolvimental (“aurora” da vinculação prenatal, Brazelton & Cramer, 1989). A gravidez é assim encarada como uma etapa desenvolvimental das representações da vinculação (George & Solomon, 1996). Esta dimensão tem sido valorizada na avaliação das representações maternas do *self* como mãe (Ruble, et al, 1990; Larney, Cousens & Nunn, 1997) ou na construção da identidade materna (Cranley, 1981).

Mas, apesar da importância das representações maternas, a construção da vinculação parental prenatal pressupõe também o reconhecimento de um objecto de vinculação, o que enquadra também a valorização generalizada da dimensão da construção de uma representação do bebé (comportamentos de conhecimento, interacção, fantasia, etc) na avaliação da vinculação prenatal (Condon, 1993; Cranley, 1981; Muller, 1992).

Em suma, a vinculação prenatal compreenderia a construção de uma representação do bebé e a construção de uma representação materna “de si como mãe”, o que seria consistente com as diferentes avaliações da relação mãe-bebé na gravidez que são, de

uma forma, geral unânimes na identificação de dimensões de conhecimento, interacção e fantasia envolvidos na construção da representação do bebé, bem como nos indicadores de desempenho do papel parental e de partilha do *self*, que traduzem a construção de uma representação de si como mãe.

De acordo com as concepções tradicionais da vinculação, este tipo de relação só existe se houver dois elementos envolvidos (quer seja uma relação complementar ou recíproca). No entanto, entre a grávida e o bebé, só poderá haver uma relação simbólica em que um sujeito cria o seu papel, cria uma representação de alguém, e cria um “diálogo imaginário⁹” com ele (Nelson & Fazio, 1995). De facto, e como nos lembra Cyrulnik, o bebé é imaginado antes de ser percebido, falado antes de ser ouvido; “ninguém diz: *'meu feto adorado'*, pois desde cedo, aquilo que em termos médicos é um feto, é já um bebé em termos psicológicos e relacionais; a partir de quando um feto – termo biológico, se torna pessoa – termo psicológico” (Cyrulnik, 1989). Quando nasce a vida? Quando nasce uma pessoa?

Na realidade, os biólogos não encontram consenso em como datar o nascimento de uma pessoa. E mesmo em termos jurídicos, e de acordo com as actuais polémicas em torno da despenalização do aborto, a vida existirá já numa fase muito precoce da gravidez, em que o feto legalmente assume já uma identidade e um conjunto de direitos, como o direito à vida. Este direito à vida é tido legalmente como prioritário em relação ao direito que a mãe exerce sobre ele e ao direito de decisão da mãe sobre a continuação da gravidez. Neste sentido, o bebé é já uma entidade legal independente da “imaginação” e da vontade da mãe.

Mas então, quando *nasce* e quando *morre* a vinculação? A partir de quando e até quando se pode falar de vinculação? Quando uma figura significativa - objecto de uma relação de vinculação - morre ou desaparece, será que a vinculação também termina, ou poderemos conceber que a representação mental que o sujeito tem dessa pessoa poderá continuar a proporcionar um sentido de segurança interna e até fornecer (ou retirar!) um sentido para a sua vida? Neste sentido, será que podemos então manter uma relação de vinculação com alguém que já morreu?

⁹ Nelson & Fazio (1995) abordam precisamente e de forma muito interessante este diálogo imaginário e emocional entre a mãe e o bebé, proporcionando uma compreensão mais rica desta dimensão relacional.

E então, porque não com alguém que ainda não nasceu, mas em função da qual reorganizamos toda a nossa vida, transformando a nossa identidade e a nossa forma de nos relacionarmos com os outros; alguém cuja perda é insubstituível e deixará marcas irreparáveis; alguém com quem construímos uma relação de intensa dedicação e responsabilidade desde a gravidez (e provavelmente para sempre) e que alterará definitivamente o modo como nos vemos e como vemos os outros?

Será que faz sentido colocar como condição para a relação de vinculação a presença e a interacção “*real*” e “*completa*” de duas pessoas? Será que é com as pessoas que nos relacionamos realmente, ou será que nos relacionamos com as representações que construímos dessas pessoas e da relação com elas, e é em função dessas representações que agimos e reagimos?...

A vinculação parental como um processo dinâmico

A relação mãe-bebé na gravidez não corresponde a uma relação parental “pronta” e definitiva, como uma relação “acabada”, o que pode dificultar a sua conceptualização como uma vinculação prenatal. No entanto, há que ter presente que, a relação parental nunca poderá ser entendida como “pronta” e estável. Ainda que seja claramente uma relação definitiva (no sentido em que é obviamente uma relação “para sempre”), é acima de tudo uma relação que exige uma actualização permanente, uma mudança constante, de acordo com o desenvolvimento do filho, dos pais e do seu contexto envolvente. No entanto, esta “incompletude” do seu sentido diádico e bilateral é tanto mais evidente no período prenatal (pois, se podemos considerar que já “nasceu” uma mãe, não o podemos dizer em relação ao filho). Mas, se é óbvio que esta relação será necessariamente alterada e moldada pelo filho envolvido nessa interacção parental (e os estudos do impacto do temperamento, do género e da saúde da criança na qualidade da relação mãe-bebé enfatizam a importância, cada vez mais precoce, dos dois “lados” dessa relação, Belsky & Jaffee, *in press*, para uma revisão), é reconhecido que a mudança e o desenvolvimento de pais e filhos vão sempre condicionar e definir a relação parental. E, neste sentido, podemos considerar que a especificidade da relação parental pré-natal é consistente com o nível de desenvolvimento de pais e filhos, ambos em processo de se constituir como tal, processo esse que, então, não estará nunca concluído e acabado. Portanto, não poderemos considerar que esta “incompletude” que caracteriza a relação pré-natal, inviabilize que esta relação seja considerada como uma

relação de vinculação parental.

Por outro lado, se em vez de valorizarmos as “características”, os “conteúdos”, da relação vendo-a como um “produto acabado”, se formos capazes de mudar o enfoque para as características processuais e relacionais dessa relação - menos o “quê” e mais o “como” da relação (menos o “como é que a relação é?”, e mais o “como é que a relação se processa?”), encontramos um conjunto de aspectos que nos permite mais facilmente compreender a natureza da relação prenatal. Assim, se valorizarmos não tanto o conhecimento que os pais “têm” do filho, mas a importância que para eles tem a procura de conhecimento/informação sobre ele; se valorizarmos menos as características “reais” da interacção pais-filhos (como nos estudos observacionais), e mais o significado que, para eles, assume qualquer pequeno sinal de interacção; se valorizarmos menos aquilo que “se tem” (pois o bebé é muito pequeno, imaturo e incapaz/incompleto) mas mais aquilo que se tem medo de perder (um bebé investido de afectos e projectos significativos e a longo prazo); estamos claramente perante uma relação com um significado psicológico central e único para o casal expectante.

Interacção mútua mãe-bebé

Na reflexão sobre o conceito de vinculação parental no período gravídico, faz sentido questionarmos quais serão no extremo, as condições mínimas de interacção a partir das quais se poderá considerar uma relação de vinculação. No entanto, na reflexão sobre a natureza desta relação, não podemos deixar de ter presente que a relação da mãe com o bebé não é uma relação com o “vazio”, com uma pura representação mental, ou uma pessoa imaginária. É que, na realidade, além de todo o diálogo puramente imaginado e fantasiado da mãe com o bebé, há já uma série de comportamentos de conhecimento e interacção com o bebé, acompanhados de afectos intensos e com um significado psicológico inquestionável, tais como as ecografias, as ecografias e sonografias, a audição do batimento cardíaco do bebé, o pressionar a barriga, a identificação e reacção perante os movimentos fetais, ou ainda a estimulação intelectual prenatal que envolve a emissão de música clássica ou a leitura em voz alta com o objectivo de promover o desenvolvimento do bebé. Os trabalhos na área do relacionamento da mãe com o bebé evidenciam, aliás, a importância da percepção dos movimentos fetais para a criação e fortalecimento do laço afectivo, construído com base em fantasias, mas também em experiências sensoriais e perceptivas (para as

quais contribuem também as ecografias e mesmo a amniocentese) (Fletcher & Evans, 1983; Grace, 1989; Heidrich & Cranley, 1989; Lydon & Dunkel-Schetter, 1994; Reading et al, 1982).

E se é possível encararmos a relação da mãe com o feto como uma interacção activa de reconhecimento (conhecimento e contacto com) do bebé, também é importante ter em conta a evolução recente da investigação, que cada vez mais reconhece e valoriza o grau de competência “social” ou relacional precoce do recém-nascido e até do feto. Assim, os pressupostos da Teoria da Vinculação quanto ao início da vinculação (da criança) baseavam-se numa avaliação das capacidades do bebé que tem vindo a ser questionada pelo recurso a métodos de investigação mais sofisticados. Assim, a percepção do recém-nascido como incapaz de reconhecer a mãe, que estaria a base de se considerar inviável a relação com ela, foi reformulada, reconhecendo-se ao recém-nascido cada vez mais competências discriminativas e de apropriação do meio envolvente, que remontam ao período prenatal. A investigação tem revelado que o bebé dispõe, ainda na vida intra-uterina, de um conjunto de competências que o coloca muito além de uma visão puramente biológica, ao evidenciar uma organização neuropsicológica que o torna apto para perceber, tratar e estruturar a informação do meio, e para reagir a estímulos externos tais como odores e sons (Cyrułnik, 1989), em que se destacam os estímulos relacionais (como o toque, o cheiro e a voz da mãe), pelo que parece que estaremos perante uma entidade psicológica desde o período prenatal.

Relação da vinculação prenatal com a vinculação pós-natal: (des)continuidades

A vinculação prenatal tem sido conceptualizada como parte de um *contínuum* da vinculação que se inicia durante a gravidez e se estende à relação mãe-bebé pós-parto (Cranley, 1981). Ainda que este conceito pareça fazer sentido intuitivamente, é importante explorar a sua demonstração empírica.

De facto, a vinculação prenatal tem sido associada à vinculação parental pós-natal (Muller, 1993), mas também ao comportamento materno posterior (Mercer & Ferketich, 1990), à percepção parental do temperamento do bebé (Cranley, 1981; Wolk, Zeanah, Coll & Carr, 1992), ao comportamento afectivo da mãe após o parto (Fleming et al, 1987) ou ao auto-relato pós-natal da centralidade do bebé na sua vida e da aquisição do papel materno (Grace, 1989). Tudo isto vem suportar a conceptualização teórica de

base que pressupõe que a relação emocional que a mãe desenvolve com o bebé no período prenatal, influencia a sua relação com o bebé após o parto (Rubin, 1984). Outras variáveis relativas ao período prenatal, têm sido também associadas a indicadores do comportamento de vinculação parental posterior, tais como, as expectativas maternas do bebé na gravidez que foram associadas por Pearce e Ayers (2005) à ligação materna ao bebé às 3 semanas (mais do que a avaliação pós-natal do temperamento do bebé), ou os sentimentos e percepção do bebé na gravidez que foram associados por Robson e Kumar (1980) à vinculação parental após o parto. Da mesma forma, também as atitudes maternas na gravidez se relacionam com a proximidade física com o bebé aos 6 meses após o parto (Stolerú et al, 1995), e a representação materna do bebé na gravidez associou-se à posterior classificação da vinculação da criança (Benoit, Parker & Zeanah, 1997/8), à semelhança da vinculação materna prenatal (Fonagy, Steele & Steele, 1991). A própria aceitação inicial da gravidez revelou-se associada com o relato de apreciar as actividades de *cuidar* e de gostar do filho, e à atribuição de características de “mãe calorosa, brincalhona e protectora” ao *self* materno aos 2-3 meses após o parto (Fleming et al, 1987). Assim, as atitudes e experiências prenatais podem influenciar as reacções afectivas aos desafios e dificuldades que surjam, influenciando indirectamente a responsividade materna.

Alguns estudos prolongam o seu período de avaliação e evidenciam a relação entre as variáveis prenatais e a responsividade materna posterior aos primeiros tempos do pós-parto, em que se reduz o *stress* inicial e se desenvolveu já uma maior familiaridade com o bebé e a maternidade (Fleming et al, 1988).

No entanto, outros estudos questionam esta continuidade entre as variáveis avaliadas no período pré e pós-parto (Cranley, 1979; Reading, Cox, Sledmere & Campbell, 1984; Wayland, 1988). O estudo longitudinal de Grace, com cinco momentos de recolha de dados ao longo da gravidez e um após o parto, poderá ajudar a compreender estas discrepâncias. Grace (1989) verificou que os valores obtidos no início da gravidez estão mais correlacionados com o comportamento pós-parto do que os valores obtidos nos períodos mais tardios da gravidez. Além disso, a sub-escala da interacção com o bebé parece estar menos associada à posterior relação mãe-bebé, o que Grace (1989) atribui ao facto de ser constituída por itens comportamentais que, a autora sugere, serem menos relevantes para a relação mãe-filho do que os processos cognitivos e emocionais da vinculação. Isto pode explicar as dificuldades em relacionar as

avaliações pós-natais da vinculação com as avaliações prenatais, que normalmente recorrem a avaliações no 3º trimestre da gravidez e com grande ênfase nos aspectos comportamentais.

De qualquer forma, a falta de estudos longitudinais que se estendam ao longo da gravidez e além do período pós-parto não permite confirmar a evolução da vinculação prenatal ao longo da gravidez, e a sua importância na construção posterior da relação mãe-filho. Mesmo nos estudos que se prolongam após a gravidez, a sua avaliação pós-parto afasta-se da vinculação e das experiências emocionais parentais para se centrarem maioritariamente na percepção parental do temperamento da criança (ex, Wolk et al, 1992) ou nos comportamentos observáveis de interacção mãe-filho (Fonagy, Steele & Steele, 1991) sem explorarem intenções e sentimentos subjacentes a esses comportamentos, que mais se aproximem da noção de vinculação parental.

A investigação na vinculação pós-natal tão centrada no comportamento do bebé, também não facilita a abordagem desta questão, pois estes estudos recorrem a uma forma de avaliação que não se aplica à relação parental prenatal em que não há oportunidades de observar e categorizar o comportamento do bebé. Como Laxton-Kane e Slade (2002) referem, é importante aprofundar a compreensão teórica da vinculação prenatal. A investigação tem privilegiado uma concepção da vinculação prenatal em termos de intensidade (grau de preocupação com o bebé) (Condon, 1993) e frequência (Cranley, 1981; Condon, 1993) da vinculação prenatal. Mas, se em vez de se considerar os níveis das *subescalas*, se se considerar antes a relação entre elas, podem emergir aspectos diferentes. Por exemplo, no estudo de Pollock e Percy (1999), que utiliza o modelo de Condon (1993), a associação da intensidade com uma baixa qualidade da vinculação prenatal (sentimentos negativos ou ambivalentes relativos ao bebé associado a uma elevada frequência e intensidade desses sentimentos), é tão ou mais perniciosa que a baixa intensidade com a baixa qualidade, isto é, do que a presença de sentimentos negativos relativamente ao bebé, associados a um comportamento afectivo desligado. De acordo com este estudo, a dimensão relativa à qualidade da vinculação prenatal (sentimentos positivos ou negativos face ao bebé) pareceu mais crítica que a dimensão da intensidade (sentimentos mais ou menos frequentes e fortes) da vinculação para o abuso fetal. No entanto, a intensidade ajudou ainda assim a distinguir formas diferentes de estabelecer uma vinculação prenatal com baixa qualidade, identificando também consequências diferenciais entre elas.

Uma outra linha de investigação que pode contribuir para a compreensão da relação entre a vinculação prenatal e a vinculação pós-natal, está orientada para o estudo da transmissão intergeracional dos padrões de vinculação. É com este objectivo que inúmeros estudos se têm desenvolvido, avaliando e comparando os padrões de vinculação de díades mãe-bebé.

Fonagy, Steele e Steele (1991), numa investigação pioneira, comparam a vinculação materna aos próprios pais avaliada durante a gravidez, com a classificação pós-natal do estilo de vinculação da criança, que reflectiria simultaneamente a qualidade da relação que a mãe estabelece com o filho. Estes autores encontraram uma forte associação (em cerca de 75% dos casos) entre a vinculação da grávida aos seus próprios pais e a posterior vinculação do seu filho a si (a grávida enquanto figura parental) que foi conceptualizada em termos de uma concordância intergeracional. Verificou-se, no entanto, uma percentagem significativa (25%) de não concordância ou descontinuidade intergeracional que, os autores atribuíram aos processos de mudança e reorganização nos padrões de vinculação materna. Mas, uma vez mais, a avaliação pós-natal centra-se na qualidade da relação que a criança estabelece com a mãe, e não na avaliação das representações da mãe.

Mesmo assim, há evidências de uma relação entre o padrão de vinculação da mãe e a qualidade da relação que estabelece com o seu filho (Groosmann et al, 1988; Main & Goldwyn, 1984; Morris, 1981; Ricks, 1985).

Esta concordância intergeracional já valorizada na literatura psicanalítica (Bowlby, 1973, 1988; Emde, 1988; Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975; Freud, 1940/1964), foi retomada na Psicologia Desenvolvidamental mais recente, na sua pesquisa da origem (dos factores) das diferenças individuais nos padrões de vinculação infantil, explorando a influência da experiência da mãe como filha na qualidade da relação mãe-criança que estabelece (Belsky & Isabella, 1988; Grossmann et al, 1985; Haft & Slade, 1989; Main et al, 1985).

Para melhor se explorar esta questão, é importante reflectir-se na associação entre o padrão de vinculação adulta e diferentes estilos de vinculação prenatal. Como Heinicke (1995) refere, há uma considerável continuidade no funcionamento psicológico ao longo da transição para a parentalidade: "Parents functioning more adequately than other

parents before the birth of their child also tend to function more adequately after birth”; Acrescentam ainda que, “differences in the quality of the pre-birth parent personality and experienced support are linked to differences in parent-child functioning” (Heinicke, 1995, pp. 278).

Os modelos internos parentais, enquanto estruturas cognitivas que orientam a relação do sujeito com o *self* e com os outros, poderão explicar esta continuidade em que, a vinculação parental, constituída tanto por um modelo de si como mãe (construção da identidade materna) como por uma representação do bebé (construção de um objecto de vinculação). Estes modelos parentais, estariam portanto alicerçados numa estrutura de vinculação, com origem nas experiências de vinculação precoces, reconstruídos ao longo do seu percurso desenvolvimental, mas influenciados pelas características do objecto de vinculação envolvido. A especificidade do bebé no período prenatal imprime assim determinadas características ao modelo parental. Na fase prenatal do ciclo parental, a ausência de oportunidades de reciprocidade faz com que seja maior a influência dos factores parentais (como o estilo de vinculação, a competição de outros papéis e o apoio social disponível).

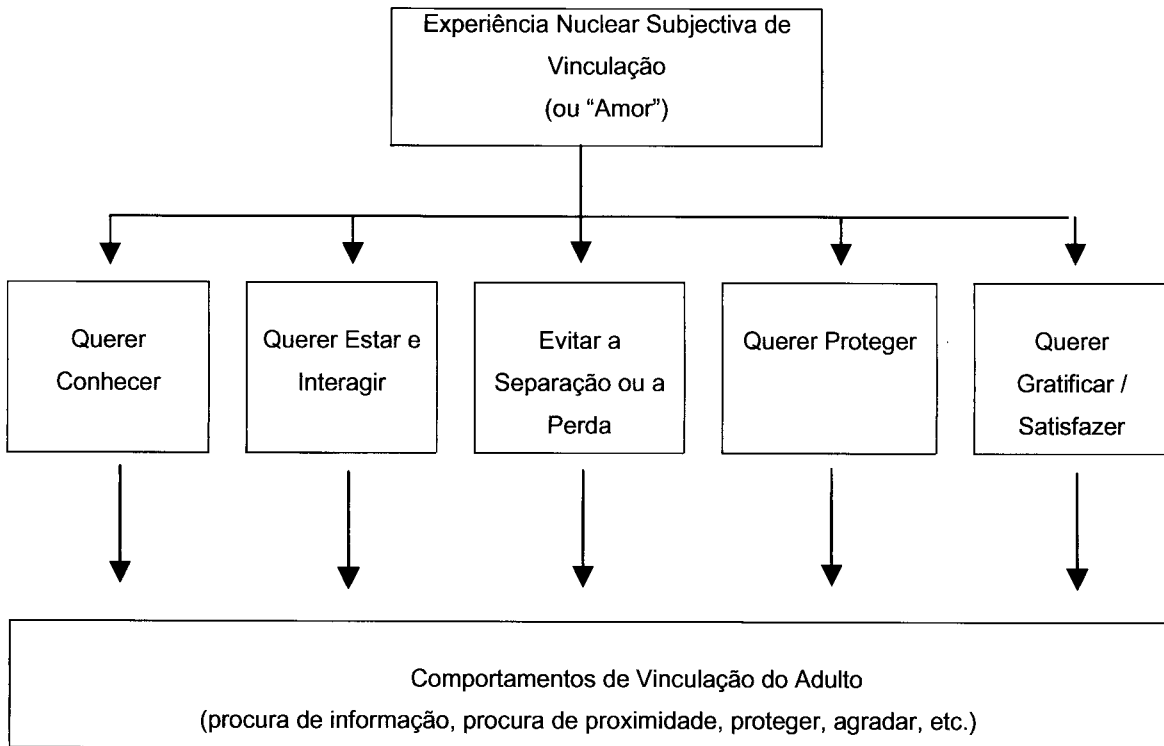
2.1.4. MODELO HIERÁRQUICO DA VINCULAÇÃO ADULTA: UMA PERSPECTIVA INTEGRADORA

Condon (1993) propõe a conceptualização da relação mãe-bebé a partir de um modelo hierárquico da vinculação adulta.

Este modelo pressupõe três níveis da experiência de vinculação: 1. o primeiro nível nuclear da experiência de vinculação (ou “amor”); 2. o segundo nível, conceptualizado pelo autor como as disposições ou necessidades (atitudes) que derivam da experiência de vinculação (“amor”), constituído por cinco experiências subjectivas mediadoras, que expressam o aspecto nuclear mais central; e 3. os aspectos mais comportamentais, de expressão da experiência nuclear em comportamentos concretos que correspondem ao terceiro nível de experiência subjectiva da vinculação.

O 1º nível nuclear da experiência de vinculação ou “amor” é considerado pelo autor difícil de investigar através dos métodos convencionais por limitações de linguagem e pela influência de processos inconscientes. Já Vaillant (1985, cit por Condon, 1993) reconhecia que os indivíduos adultos requeriam a utilização de metáforas para expressar as suas experiências de amor. Pelo contrário, as experiências relacionadas com o 2º nível da experiência de vinculação no modelo proposto, podem ser articuladas com alguma facilidade e espontaneidade. Assim, o autor valoriza a avaliação das experiências de 2º e 3º nível na compreensão da experiência nuclear de vinculação, como indicadores daquele constructo de difícil operacionalização. Em relação à ligação entre o 2º e o 3º nível da experiência subjectiva de vinculação, o autor refere que não há uma relação directa entre disposições ou atitudes e comportamentos específicos e que algumas disposições podem não encontrar qualquer expressão comportamental.

Aplicação do Modelo Hierárquico da Vinculação Adulta à relação com o feto:



Modelo Hierárquico da Vinculação Parental de Condon (1993)

As cinco experiências subjectivas da vinculação adulta propostas pelo autor são aplicadas à relação com o bebé (vinculação parental prenatal):

1. Querer conhecer o objecto de vinculação:

Esta disposição ou necessidade está relacionada com a curiosidade sobre a natureza do objecto de vinculação e, no caso do bebé, com a necessidade de elaborar as características da sua imagem. Esta disposição pode manifestar-se em comportamentos de procura de informação. E, aliás, encontramos facilmente grávidas (especialmente primíparas) relatando um interesse e uma procura de informação sobre o desenvolvimento fetal e as características e comportamentos do bebé, que são muito particulares deste período com um significado reconhecido em termos do processo de construção de uma representação mental do bebé e da vinculação prenatal. Esta forma de explicar os comportamentos de procura de informação na gravidez contrasta com a

abordagem de Mendes (2001) que propõe que o nível de informação de que a mãe dispõe sobre o bebé condicionaria a qualidade da ligação materno-fetal. Pelo contrário, neste modelo, Condon (1993) propõe que é a relação afectiva com o bebé que promove o comportamento de procura de informação sobre ele (de facto, a hipótese de Mendes não se veio a verificar; Mendes, 2001).

A importância desta disposição ou atitude para conhecer o objecto de vinculação é também bem visível na valorização das ecografias ou nas consultas obstétricas de acompanhamento e avaliação do bem-estar do bebé. A centralidade desta “disposição” ou “necessidade” é reveladora do significado que elas assumem em termos de oportunidades de “ver / conhecer” o bebé.

2. *Querer estar com o objecto de vinculação (manter proximidade):*

Esta disposição ou necessidade representa o desejo de interagir com o objecto de vinculação e a satisfação que daí decorre. Os casais expectantes habitualmente interagem com o bebé pelo toque ou falando com ele. As limitações a esta disposição anteriormente abordadas (no capítulo “especificidades da vinculação parental”), em que a procura de proximidade do objecto de vinculação parental teria que ser devidamente balanceada com a promoção da autonomia e da individualidade, referindo-se à vinculação parental pós-natal, não se colocam naturalmente nesta fase do ciclo parental.

3. *Querer evitar a separação ou a perda (real ou simbólica) do objecto de vinculação:*

Esta disposição está relacionada com a experiência de luto por separação ou a perda (já referida), e pode ser manifestada em comportamentos de prolongar o contacto com o objecto de vinculação e de evitar a sua perda. O autor evoca os comportamentos de evitamento de andar de avião ou a cavalo para melhor ilustrar esta disposição, mas estes comportamentos de risco têm pouca aplicação à nossa realidade. Mas, outros comportamentos parecem, na nossa sociedade, traduzir esta necessidade, como toda a preocupação com a possibilidade / eventualidade de o “bebé não mexer” que activa, de forma imediata e intensa, os sentimentos de vinculação pelo bebé. Esta atenção, esta procura constante com o “não mexer” e o comportamento complementar de “procura de sinais” de que o bebé “está bem”, pode traduzir todo o medo de perder o objecto de vinculação. Assim, as grávidas sentem a necessidade de “sentir” o bebé, procurando

frequentemente sinais de que ele “está bem”, cujo significado pode ser melhor compreendido à luz desta disposição essencial associada à experiência de vinculação prenatal, em que a possibilidade de perda do objecto de vinculação é experienciada com níveis elevados de ansiedade e sofrimento psicológico indutores de comportamentos de verificação do bem-estar do bebé. Assim, a importância atribuída à vigilância sobre os movimentos fetais, e toda a preocupação com uma eventual diminuição ou ausência destes sinais da vitalidade e bem-estar do bebé, poderá ser enquadrada nesta disposição da grávida para evitar a perda do bebé. E de facto, as grávidas referiam frequentemente a preocupação com o “não mexer” e a “procura de sinais” sentidos como muito tranquilizadores após situações de risco (real ou imaginário) para o bebé. Também associada a esta atitude de evitar a separação poderá estar a forte intenção de manter o contacto com o bebé após o parto, não sendo “fácil” para as “nossas” participantes perspectivar uma separação do bebé (objecto de vinculação). Muitas das questões abordadas em torno do regresso ao trabalho após a licença de parto e maternidade poderão assim melhor ser compreendidas à luz desta atitude / disposição / necessidade.

4. *Querer proteger o objecto de vinculação:*

Disposição relacionada com a protecção do objecto de vinculação de influências que o possam prejudicar ou pôr em risco, como por exemplo, o desejo de deixar de fumar, pode estar relacionado com a vinculação em termos da vontade de protecção do bebé. Um comportamento de risco muito referenciado pelas “nossas” grávidas participantes, e claramente enquadrado nesta atitude de protecção do objecto de vinculação (mas também de evitar a perda do bebé) é o subir a bancos ou escadotes para chegar a locais fora do seu alcance e que muitas grávidas referiram no nosso estudo como comportamentos a evitar.

Esta disposição evoca a função de responsabilidade e protecção associada à relação parental do ponto de vista da teoria do *caregiving* (George & Solomon, 1996) e da abordagem de Newman e Newman em que é considerada como a função central e distintiva daquele sistema comportamental.

5. *Querer identificar e satisfazer as necessidades do objecto de vinculação:*

Esta gratificação das necessidades do bebé assume muitas vezes uma natureza

altruísta em que as necessidades do objecto de vinculação transcendem as necessidades do *self*.

Por exemplo a atitude em relação à alimentação na gravidez em que muitas grávidas procuram conhecer e cumprir (ou não) regras de uma alimentação adequada (à gravidez e ao desenvolvimento fetal), poderá ser aqui entendida como uma forma de “*caregiving*”, de satisfazer as necessidades de desenvolvimento e bem-estar do bebé.

Qualquer uma destas disposições ou necessidades pode ou não ter manifestação comportamental, dependendo de outros factores que não a própria experiência nuclear de vinculação. Assim, os comportamentos de vinculação dependem também das condições gerais de vida do casal expectante. Por exemplo, o comportamento de procura de informação relativa ao bebé pode ser influenciado pelo acesso à informação e pela qualidade e adequação da informação disponível ou pela oportunidade de realização de ecografias, e o comportamento de evitar situações de risco também depende de condições gerais de vida (Condon dá o exemplo de uma tratadora de cavalos, que poderá não ter recursos económicos para evitar esta situação de risco), ou o comportamento de procura de proximidade com o bebé poderá ser condicionado pela disponibilidade de tempo do casal ou pela competição de outros papéis.

Condon (1993), propõe duas dimensões na Vinculação Prenatal associadas à qualidade e à intensidade da experiência de vinculação como dois aspectos distintos a ter em conta na compreensão da relação com o bebé:

Factor 1: Qualidade da Experiência Afectiva em Relação ao Bebé:

Esta dimensão da vinculação prenatal inclui sentimentos de proximidade /ou de distância, de carinho /ou de irritação, sentimentos positivos/ ou negativos, imagem mental do bebé clara /ou vaga, concepção do bebé como pessoa / ou como coisa e consciência /ou não de que o bebé depende de si para o seu bem-estar.

Factor 2: Quantidade ou Intensidade da Experiência Afectiva:

A segunda dimensão da vinculação prenatal refere-se ao tempo dispendido pela mãe a pensar no bebé e ao grau do seu interesse por ele.

Este autor define 4 padrões de vinculação prenatal resultantes do cruzamento destas duas dimensões:

		Quantidade ou Intensidade da Experiência Afetiva de Vinculação Prenatal	
		Investimento Emocional	Desinvestimento Emocional
Qualidade da Experiência Afetiva de Vinculação Prenatal	Experiência Afetiva Positiva	Mães Positivamente Preocupadas Experiência de grande envolvimento com o bebé, acompanhada de sentimentos de proximidade, desejo do bebé e carinho.	Mães Positivamente Desinteressadas A experiência afetiva tem uma tonalidade afetiva positiva, com sentimentos de proximidade, desejo do bebé e carinho, mas a entrega a esta experiência de vinculação é menor, talvez por distração (múltiparas, sobrecarga profissional, etc) ou por evitamento (gravidez de risco em que a experiência de vinculação possa ser ameaçadora).
	Experiência Afetiva Negativa	Mães Negativamente Preocupadas Grande preocupação e envolvimento com o bebé, mas associada a ansiedade ou ambivalência numa preocupação ansiosa ou numa racionalização excessiva da relação com o bebé. Assim, a quantidade de tempo dedicada ao bebé, não é acompanhada de uma tonalidade emocional positiva.	Mães Negativamente Desinteressadas Experiência afetiva negativa ou ambivalente e Desinvestimento emocional perante o bebé. Estas mães experienciam os movimentos fetais como alienantes e desconcertantes acompanhados de ansiedade, ressentimento e hostilidade.

Contributos deste modelo

Este modelo de compreensão da vinculação parental prenatal enfatiza claramente as experiências subjectivas do adulto, sem excluir, no entanto, os seus comportamentos. Esta ênfase é particularmente relevante na relação prenatal em que os comportamentos directos face ao bebé estão mais limitados, mas não deixa de ser relevante na avaliação da relação parental após o parto que, tradicionalmente, se tem limitado às observações comportamentais externas.

Este modelo de compreensão e avaliação da vinculação prenatal proporciona de certa

forma uma nova perspectiva dos estudos da relação mãe-bebé mencionados, sistematizando e organizando, num modelo hierárquico, os diferentes níveis da experiência de vinculação. Este modelo, além de abordar aspectos explorados em diferentes estudos e por diferentes autores, permite articulá-los entre si numa ferramenta conceptualmente clara e estruturada.

O modelo em questão permite ainda enquadrar, de acordo com as teorias da vinculação, aspectos explorados por outros estudos. Assim, Condon (1993) propõe um conjunto de indicadores do conceito de vinculação, que são formulados de forma compatível com as formulações clássicas da vinculação inicialmente referidas, permitindo precisamente reconceptualizar os estudos e as perspectivas exploradas, que era aliás a finalidade da exploração daqueles estudos. De facto, quando Condon (1993) refere a procura de proximidade ou o evitamento da separação, estabelece uma relação com conceitos-chave das abordagens clássicas da vinculação a partir do paradigma da Situação Estranha de Ainsworth (1973).

Além disso, Condon (1993) introduz uma nova dimensão na compreensão da relação mãe-bebé: a dimensão da perda (real ou simbólica) do objecto de vinculação. Esta dimensão da vinculação, explorada já em termos da conceptualização da relação mãe-bebé (“impacto da perda da gravidez”) é entendida como um componente fundamental da experiência de vinculação. No entanto, esta dimensão tem sido praticamente ignorada na investigação da relação mãe-bebé. Assim, Condon (1993), ao recuperar e integrar esta dimensão da perda (e do luto) na conceptualização e avaliação da relação mãe-bebé, enfatiza a possibilidade desta ser perspectivada a partir das teorias da vinculação, na medida em que, o luto após a perda, é justamente uma característica necessária à definição de uma relação de vinculação.

Uma outra potencialidade, na proposta deste autor, está na sua conceptualização da relação com o bebé a partir da construção de um modelo de vinculação adulta. A possibilidade de se aplicar as noções definidas para a vinculação adulta à compreensão e avaliação da relação com o bebé tinha sido já discutida inicialmente, mas como sendo ainda assim um pouco abusivo, na falta de estudos empíricos que a fundamentassem. No entanto, a proposta de Condon, foi precisamente conceptualizada como tal (*“this framework for understanding the construct of adult attachment is applicable to objects other than a fetus”*- Condon, 1993, pp. 171). Esta abordagem foi

recentemente testada (ainda que com limitações) por Pollock e Percy (1999). Estes autores, com o objectivo de compreender e antecipar o abuso prenatal, avaliam o padrão de vinculação de uma amostra clínica de 40 grávidas assinaladas para avaliação forense das competências parentais, pressupondo que o risco de abuso fetal decorre de uma dificuldade ou incapacidade no processo de construção de uma vinculação com o bebé (considerando que a atitude de protecção do bebé é um componente central na experiência de vinculação, de acordo com a formulação de Condon). Estes autores estabelecem uma associação entre o padrão de vinculação prenatal, definido a partir do *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale* para descrever a relação da mãe com o bebé (Condon, 1993) e o padrão de vinculação adulto, definido a partir da *Family Attachment Interview* de Kim Bartholomew (1990, 1994, 1997). Pollock e Percy (1999) verificaram na amostra clínica (referenciada por dificuldades parentais), constituída por 15 grávidas com padrão de vinculação prenatal “negativamente desinteressado” e por 23 grávidas com padrão “negativamente preocupado”, segundo a avaliação proposta por Condon (1993), uma associação entre estes padrões de relação com o bebé e a avaliação dos padrões de vinculação propostos por Bartholomew. Assim, constataram que grávidas com padrão de vinculação prenatal “negativamente preocupado” estão associadas a uma maior probabilidade de serem classificadas na *Family Attachment Interview* como “preocupadas”, e que grávidas com padrão de vinculação prenatal “negativamente desinteressado” estão associadas a uma maior probabilidade de serem classificadas na *Family Attachment Interview* como “desligadas”. O facto de se tratar de uma amostra clínica levanta dificuldades de generalização, mas esta tentativa de relacionar o padrão de vinculação prenatal com o padrão de vinculação adulto sugere novas potencialidades da proposta de conceptualização da vinculação adulta de Condon. Assim, é possível conceber que a forma como o adulto se relaciona com o bebé apresente aspectos comuns com a forma como tende a envolver-se nas suas relações significativas de proximidade e como construiu uma representação da sua relação com as próprias figuras parentais.

Na investigação da vinculação adulta, Kim Bartholomew (1990) sistematiza a concepção de Bowlby acerca dos modelos internos dinâmicos pela intersecção dos modelos do *self* e dos outros: o modelo do *self* – associado ao grau de ansiedade e dependência nas relações próximas, e o modelo do outro – associado ao evitamento de

relações próximas. Estas duas dimensões parecem ser na sua definição muito próximas conceptualmente das dimensões definidas por Condon, que distingue uma primeira dimensão entre as experiências afectivas de carinho e afecto vs. de ansiedade e ambivalência (semelhante ao grau de ansiedade e dependência de Bartholomew) e uma segunda dimensão entre as experiências de envolvimento ou evitamento da experiência de vinculação (que parece semelhante ao grau de evitamento das relações próximas). Apesar desta comparação ser puramente especulativa, não deixa de poder ser levantada como uma forma de, mais uma vez, aproximar e confrontar a perspectiva das teorias da vinculação, com a compreensão e reflexão em torno da relação mãe-bebé.

É neste sentido, que se pode ainda estabelecer um outro paralelismo entre a vinculação prenatal e a abordagem da vinculação adulta a partir da proposta de Hazan e Shaver (1987).

Hazen e Shaver (1987) sistematizam as narrativas protótipo de cada um dos três estilos de vinculação: o Seguro sente relativa facilidade em se aproximar dos outros e sente-se confortável quanto à dependência na relação com os outros (quer seja o sujeito a depender de alguém ou outra pessoa a depender de si) e não é facilmente perturbado pelo abandono ou pela grande proximidade de alguém. Esta postura facilitará a aceitação das experiências corporais envolvidas na relação mãe-bebé na gravidez. O Evitante sente-se desconfortável perante a proximidade dos outros, sentindo dificuldade em confiar neles e depender deles, fica incomodado se alguém se aproxima demais e os outros gostariam que fosse mais próximo; para estas grávidas, a proximidade do bebé inerente ao processo gravídico poderá ser mais difícil de gerir. O Ansioso-Ambivalente sente que os outros têm relutância em se aproximar de si como gostaria que acontecesse, preocupando-se com frequência com o facto de os outros poderem não gostar dele ou de estar com ele, querendo estar totalmente envolvido com o outro, o que pode paradoxalmente, afastar esse outro. Para estas grávidas, a vivência corporal da relação mãe-bebé será possivelmente sentida como muito positiva.

Parece assim pertinente a valorização da influência do próprio modelo de relação com o *self* e com o outro da grávida, na forma como encara e gere este novo contexto de interacção. Assim, as dificuldades de relação mãe-bebé poderão decorrer, não só da satisfação conjugal (Colpin, De-Munter, Nys & Vandemeulebroecke, 1998), do apoio social (Condon & Corkindale, 1997), ou das dificuldades económicas e/ou financeiras

associadas à forma como a experiência gravídica é vivida, mas decorreria ainda da forma particular como a grávida aprendera a se relacionar com o *self* e os outros, e que é levada ao extremo numa situação como a da gravidez, em que todas as distâncias físicas, emocionais e relacionais são abaladas. A proximidade e a dependência assume, sem dúvida, um novo formato na relação com o bebé, que pode ser muito desafiante e perturbador para quem tenha construído modelos de interacção baseados na definição clara e rígida de fronteiras e limites pessoais. Assim, os modelos internos dinâmicos poderão eventualmente explicar algumas das diferenças encontradas na forma como as grávidas constroem a relação com o bebé, à semelhança do que acontece na relação parental após o parto (Belsky & Jaffee, *in press*).

2.2. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ NA GRAVIDEZ

“Como em relação a qualquer conceito situado na esfera dos afectos, é eventualmente discutível que a ligação materno-fetal possa ser cabalmente medida, ou que seja adequado, até, ser objecto de um acto de mensuração”
(M. C. Canavarro & J. P. Moura, 2002, pp. 14, cit por Mendes, 2002).

A avaliação da vinculação prenatal, inicialmente abordada pelos psicodinâmicos com metodologias introspectivas e recorrendo a amostras clínicas (enfatizando a dimensão psicopatológica), passou a valorizar os comportamentos e interações com o bebé, pela utilização generalizada do *Maternal-Fetal Attachment Scale*, de Mecca S. Cranley (1981), que é ainda hoje o questionário de auto-relato mais utilizado na investigação (ainda que a validade das suas subescalas tenha vindo a ser questionada por alguns autores). Mais recentemente, de forma mais incipiente com o *Prenatal Attachment Inventory*, de Mary E. Muller (1992), e de forma mais explícita e completa com o *Maternal Antenatal Attachment Scale*, de John T. Condon (1993), o estudo da vinculação prenatal foi enriquecido pela valorização dos processos emocionais e cognitivos que orientam o funcionamento e o desenvolvimento psicológico. Estas diferentes abordagens reflectem uma evolução epistemológica, em que, actualmente, o objecto de investigação valoriza o consciente, o comportamental e o discursivo, mas também os esquemas cognitivo-emocionais subjacentes que os explicam.

De facto, Grace (1989) verificou que a sub-escala *Interacção com o feto* do *Maternal-Fetal Attachment*, constituída por itens de natureza comportamental, estava menos relacionada com a relação mãe-bebé posterior, por serem, segundo a autora, menos relevantes para a vinculação parental que os processos cognitivos e emocionais da vinculação. A própria Mecca Cranley concluiu que não foi evidenciado nenhum modelo de compreensão da vinculação prenatal a partir da utilização do seu instrumento (Cranley, 1992, 1993). Assim, Carter-Jessop e Keller (1987), valorizando os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos na avaliação do laço emocional materno recomendam que os estudos da ligação mãe-bebé incluam tanto os comportamentos maternos como as actividades cognitivas, numa crítica aos estudos que, na linha da investigação na interacção materna pós-natal, têm privilegiado a observação comportamental, sobre a exploração (em entrevista ou questionário), das

cognições e emoções subjacentes a esses comportamentos maternos.

É neste contexto que surge a entrevista estruturada *Modelo interno of the Child Interview*, de Charles Zeanah e colaboradores (1994), permitindo desenvolver uma avaliação prenatal das representações maternas do filho e do *self* como mãe (Benoit et al, 1997), focando a qualidade, o conteúdo e aspectos afectivos das representações maternas (Benoit et al, 1997; Benoit, Zeanah, Parker, 1997/8).

Assim, alteraram-se as metodologias de investigação, passando a valorizar uma abordagem que valoriza o discurso, a percepção e os significados que o sujeito psicológico constrói sobre as suas experiências e o seu desenvolvimento, quer recorrendo a técnicas quantitativas (como os questionários de auto-relato), quer a técnicas mais qualitativas de recolha e análise narrativa (em que a entrevista será o método mais usado; Zeanah et al, 1994; Schmied & Lupton, 2001; Stainton, 1990).

Ainda assim, Laxton-Kane e Slade (2002) consideram que a ferramenta conceptual que orienta a maioria dos estudos da vinculação prenatal, procurando medir níveis / graus em vez de estilos, pode ser considerada como demasiado simplista. Estes autores sugerem que estas abordagens tenham em conta uma maior integração de outras perspectivas teóricas como as do desenvolvimento das representações maternas de *caregiving*, que permitam conceptualizar e operacionalizar a vinculação prenatal em termos de estilos. O instrumento de Condon (1993) será, no entanto, uma excepção, ao proporcionar a identificação de quatro estilos de vinculação prenatal, tendo em conta não só a intensidade da ligação materna ao bebé, mas também a sua qualidade. Esta forma de abordar a vinculação prenatal poderá contribuir para uma compreensão mais aprofundada da complexidade da relação parental.

2.3. FACTORES E DIFICULDADES DA VINCULAÇÃO PRENATAL

A investigação proporciona alguns contributos para a compreensão da Relação Mãe-Bebé na gravidez e dos factores que a podem condicionar / influenciar. Podemos ainda contar com as revisões de Cranley e Muller no início da década de 90 (1993 e 1992, respectivamente) e com as revisões mais recentes de Laxton-Kane e Slade (2002) e de Cannella (2005), que proporcionam uma perspectiva mais integrada e crítica dessa investigação.

Tanto Muller (1992) como Cranley (1993) destacam a associação da vinculação prenatal com o tempo de gestação, com a percepção de movimentos fetais e com o estatuto de risco da gravidez. Cranley (1993) considerou ainda haver resultados consistentes quanto à influência da relação conjugal.

No entanto, na revisão mais recente de Laxton-Kane e Slade (2002), são apontadas diversas críticas aos estudos existentes. Estes autores consideram assim que, apesar dos resultados sugerirem uma influência do tempo de gravidez, do apoio social, e de variáveis psicológicas na vinculação prenatal, estas associações terão ainda que ser mais e melhor fundamentadas. Em relação a outros factores, como o estatuto de risco, ou a realização de ecografias, estes autores consideram, no entanto, que os estudos não são conclusivos. Estes autores atribuem, em larga medida, as dificuldades na fundamentação empírica dos factores e processos da vinculação prenatal às limitações da avaliação da vinculação prenatal já abordadas, ainda que Cannella (2005) avalie positivamente os instrumentos de avaliação da vinculação prenatal, atribuindo as dificuldades em encontrar resultados consistentes a limitações metodológicas, como por exemplo o tamanho das amostras e os procedimentos de selecção usados.

2.3.1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA VINCULAÇÃO PRENATAL

Entre os factores que se tem considerado como possíveis influências sobre o desenvolvimento da vinculação prenatal, destacam-se o factor tempo (tempo de gestação) e a percepção dos movimentos fetais, como podendo promover esta dimensão. Outros factores têm também sido considerados neste processo, como o planeamento e aceitação da gravidez, a experiência associada à realização de ecografia e amniocentese, a dificuldade em engravidar e o estatuto de risco da

gravidez, na medida em que poderão interferir no decurso e nos significados deste processo.

Tempo de gestação

Conceptualizar o desenvolvimento da relação mãe-bebé à luz das teorias da vinculação como propostas por Bowlby, implica conceber a sua construção como um processo gradual. E de facto, as abordagens tradicionais da vinculação prenatal enfatizam a evolução do investimento emocional no bebé ao longo da gravidez (Deutsch, 1945; Tanner, 1969; Rubin, 1975, - cit por Cranley, 1993). No entanto, e ainda que este conceito faça sentido teoricamente, a sua demonstração empírica exige a realização de estudos longitudinais prospectivos que se iniciem, ainda, no primeiro trimestre da gravidez. Mas a maioria dos autores recorre a estudos transversais com uma recolha única de dados - normalmente no terceiro trimestre (Sjogren et al, 2004), mas também utilizando por vezes sujeitos em diferentes períodos da gestação sem controlo sobre essa variação, o que tem produzido resultados contraditórios e desanimadores, como tem sido notado por diferentes autores (Bloom, 1995; Grace, 1989; Cranley, 1993; Muller, 1993; Mendes, 2002).

Mas, como Grace (1989) notou, quando a vinculação prenatal é avaliada numa abordagem longitudinal, permite obter resultados mais claros e mais consistentes com as concepções teóricas. Assim, outros estudos mostram que a vinculação prenatal aumenta com a duração da gravidez (Grace, 1989; Vito, 1986; Heidrich & Cranley, 1989; Caccia et al, 1991; Mikulincer & Florian, 1999), e que o maior aumento parece ocorrer após a percepção dos movimentos fetais no segundo trimestre (Bloom, 1995; Grace, 1989; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989).

Por exemplo, Grace (1989), no seu estudo longitudinal já referido, verificou que os valores da vinculação prenatal aumentaram significativamente ao longo da gestação. A maior mudança parece ocorrer entre as 16 e as 28 semanas (que coincide com o início da percepção dos movimentos fetais) e a maior estabilidade a partir das 36 semanas. Este padrão de estabilidade e mudança da vinculação prenatal também se verificou ao nível da evolução das *subescalas*, em especial na interacção com o bebé e na atribuição de características ao bebé, e de forma mais modesta, na diferenciação do

bebé e na aquisição do papel materno¹⁰. Também Fleming e Corter (1988), apesar de terem encontrado um aumento dos sentimentos de vinculação ao bebé ao longo da gravidez, não encontraram qualquer mudança nos sentimentos acerca do papel parental ou nos sentimentos de competência materna. Na exploração dos valores individuais (intra-sujeito), Grace (1989) verificou um aumento significativo do valor global ao longo da gravidez, mas as dimensões que aumentaram variaram entre os sujeitos (o que pode justificar a ausência de efeito nos estudos transversais centrados em correlações ou diferenças de médias).

Estes resultados suportam a conceptualização da vinculação prenatal como um processo desenvolvimental em que tanto o valor global como a maioria das subescalas aumentam ao longo da gravidez. Mas as diferenças entre sujeitos explicam mais a variância que o período de gestação, apesar de não se terem encontrado efeitos de variáveis demográficas (excepto uma correlação modesta entre o número de filhos e os itens associados aos movimentos fetais que podem ter sido influenciados pela experiência de gravidezes anteriores).

Assim, apesar das revisões de Cranley (1993) e de Muller (1992) enfatizarem esta evolução da vinculação prenatal ao longo da gravidez, Laxton-Kane e Slade (2002), numa revisão mais recente, consideram que são necessários mais estudos para se poder confirmar aquele pressuposto, apesar de concordarem que o aumento da vinculação prenatal ao longo da gravidez tem sido um resultado recorrente em diferentes investigações, tal como também Cannella (2005) enfatiza.

Movimentos fetais

Considera-se que a percepção dos movimentos fetais deverá influenciar a vinculação prenatal, pois o bebé é percebido como mais real. E de facto, esta variável foi considerada associada à vinculação prenatal por diferentes autores (Leifer, 1980; Lumley, 1972; Cranley, 1993; Gloger-Tippelt, 1988; Grace, 1989; Heidrich & Cranley, 1989; LoBiondo-Wood, 1985; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Reading et al, 1984; Vito, 1986; Zeanah, Carr & Wolk, 1990; Laxton-Kane & Slade, 2002). Esta associação foi reforçada por estudos longitudinais que encontraram um aumento significativo dos

¹⁰ Apenas a sub-escala partilha do *self* não revelou mudanças significativas ao longo da gravidez, o que a autora atribuiu a uma maior sensibilidade à desejabilidade social pelos seus itens sobre o cuidado com a saúde do bebé (Grace, 1989).

sentimentos de vinculação parental entre as 14 e as 24 semanas de gravidez, i.e., após a percepção dos movimentos fetais (Shereshefsky & Yarrow, 1973; Kennell & Klaus, 1993; Leifer, 1977, 1980; Fleming et al, 1997; Grace, 1989; Bloom, 1995). Por exemplo, Bloom (1995) numa amostra adolescente verificou que a vinculação prenatal se desenvolveu particularmente depois de sentir pela primeira vez os movimentos fetais, tipicamente no segundo trimestre de gravidez. Neste estudo, todos os valores de MFAS, incluindo o score global (excepto a sub-escala partilha do *self*), aumentaram de forma significativa após a percepção dos movimentos fetais, em que atingiram uma estabilização. Noutro estudo, Zeanah, Carr e Wolk (1990) verificaram que as grávidas que relatavam sentimentos mais intensos de vinculação prenatal (em diferentes instrumentos incluindo o MFAS) também percebiam o bebé como mais activo utilizando métodos objectivos e subjectivos de avaliação da actividade fetal. No entanto, é impossível distinguir se é a percepção dos movimentos fetais que provoca um aumento da vinculação prenatal, ou se, pelo contrário, são as grávidas que estão mais vinculadas ao bebé que estarão mais vigilantes em relação às suas sensações, e portanto, podendo detectar mais facilmente os movimentos fetais, como sugere o estudo de Heidrich e Cranley (1989) que, demonstrou que as grávidas que referem sentir os movimentos fetais mais cedo, apresentam valores mais elevados de vinculação prenatal.

No entanto, num estudo experimental com 213 grávidas, Mikhail, Freda, Merkatz, Rolizzotto, Mazloom e Merkatz (1991) avaliaram também o efeito da contagem dos movimentos fetais na vinculação prenatal, encontrando valores MFAS significativamente mais elevados nos dois grupos experimentais com diferentes instruções de contagem dos movimentos fetais, comparados com o grupo de controlo. Estes resultados são consistentes com as formulações de Rubin (1984) sobre a importância dos movimentos fetais na percepção do bebé e nos sentimentos de vinculação e com a perspectiva de Reading (1983) que refere o impacto dos “pontapés” e das ecografias na evolução dos sentimentos maternos.

Os movimentos fetais parecem, assim, poder ser considerados como um factor-chave no desenvolvimento da vinculação prenatal, na medida em que esta experiência contribuiria para o processo de identificação e reconhecimento do bebé (objecto de vinculação), o que constituiria, segundo Laxton-Kane e Slade (2002), uma condição essencial para a construção da vinculação prenatal.

Planeamento e aceitação da gravidez

Apesar da importância que esta variável poderá ter no processo de desenvolvimento da vinculação prenatal, Laxton-Kane e Slade (2002) constataam que a relação da vinculação prenatal com o planeamento da gravidez tem sido pouco estudada. Como estes autores referem “*in an unplanned pregnancy, it may be more likely that the baby is unwanted and lower rates of Prenatal Attachment would be observed*” (Laxton-Kane & Slade, 2002: 257).

E de facto, Koniak-Griffin (1988) constatou que o planeamento da gravidez é um preditor da vinculação prenatal na gravidez adolescente, mas Mendes (num estudo português com 220 grávidas entre as 22 e as 37 semanas) não encontrou qualquer efeito do planeamento da gravidez (Mendes, 2002). Também Kemp e Page (1987) não foram capazes de estabelecer uma associação entre a vinculação prenatal e o planeamento numa amostra de grávidas de risco (n=85). Apesar de não se ter conseguido associar, de forma sistemática, esta variável com os valores de vinculação prenatal avaliados pelo *Maternal-Fetal Attachment Scale* (Cranley, 1981), Condon e Corkindale (1997) verificam que a avaliação da vinculação prenatal pelo *Maternal Antenatal Emotional Antenatal Scale* (Condon, 1993) é influenciada pelo grau de planeamento da gravidez, tanto nas duas *subescalas* (qualidade e intensidade da vinculação), como no score global. Grossman e colaboradores (1980) verificaram ainda que uma elevada proporção de variância nas atitudes maternas prenatais era predita pela reacção da mulher à notícia da gravidez.

Dificuldade em engravidar

Apesar de esta variável não ter sido objecto de estudo na investigação sobre a Relação Mãe-Bebé na gravidez (ex. Cannella, 2005), considera-se que a experiência de dificuldade em engravidar possa influenciar a experiência da gravidez em geral, e o processo de vinculação prenatal em particular, ainda que Stanton e Golombok (1993), num estudo comparativo sobre o efeito da concepção assistida sobre a vinculação prenatal, não tenham encontrado diferenças em relação ao grupo de controlo. De qualquer forma, sabemos que a especificidade da situação de reprodução assistida não permite generalizar os resultados deste estudo, pois é possível que haja uma diferença significativa na vivência da dificuldade de engravidar, dependendo de ter, ou não,

reprodução medicamente assistida, até porque o recurso a estas tecnologias médicas ainda não está totalmente democratizada (pelo menos no nosso país).

Ecografia e amniocentese

A ecografia, que é actualmente um procedimento de rotina, quer para definir a idade da gestação, quer para despistar anomalias fetais, proporciona uma oportunidade de a grávida “ver” o seu bebé pela 1ª vez, o que poderá promover a vinculação prenatal.

No entanto, a relação entre a vinculação prenatal e as ecografias não é clara, tendo tido resultados um pouco contraditórios. Em observações clínicas é frequente a descrição de um aumento da consciência do bebé após visualização por ecografia (Fletcher & Evans, 1983; Milne & Rich, 1981; Carneiro, 1993), havendo até autores que testam com sucesso a utilização de fotografias do bebé para promoção do *maternal-infant bonding* (Huckabay, 1999). No entanto, Baillie e colaboradores (1999), numa revisão dos estudos da década de 80, verificaram não haver evidências de que o nível de vinculação prenatal fosse afectado pela realização de ecografias. Também, Heidrich e Cranley (1989), num estudo quase experimental do efeito da ecografia na vinculação prenatal, verificaram não haver qualquer efeito entre as duas variáveis, tal como Kemp e Page (1987) que, também não encontraram uma associação entre a vinculação prenatal e a realização de ecografias. Mas Gloger-Tippelt (1988) numa abordagem mais cognitivista, verificou que, quanto mais clara fosse a imagem do bebé na ecografia, mais o bebé era encarado como um ser humano independente e uma pessoa individual. Apesar da vinculação ser diferente da percepção do bebé como uma pessoa distinta, estas variáveis não são mutuamente exclusivas. Os efeitos positivos encontrados entre as ecografias e a vinculação prenatal podem ser atribuídos ao normal desenvolvimento das atitudes em relação ao bebé, ao longo da gravidez. A utilização de um grupo de controlo permitiria compreender melhor este processo, mas a actual generalização da utilização de ecografias inviabiliza este procedimento metodológico.

Recorrendo à *grounded theory*, Dykes e Stjernquist (2001) encontraram uma alteração na consciência materna do bebé após o exame ecográfico. As categorias que emergiram incluíam: a existência do feto (*the existing fetus*); a futura criança (*the coming child*); as condições de vida da mulher; e o parto. A categoria “*the existing fetus*” incluía pensamentos acerca da saúde do bebé e sobre a ecografia fazer o bebé parecer

mais real, consistente com as hipóteses iniciais relativas à importância desta variável. Também Kohn, Nelson, e Weener (1980), avaliando a representação do bebé antes e após a ecografia em 100 grávidas, encontraram relatos de sentimentos mais positivos e de maior proximidade com o bebé no segundo momento de avaliação. Estes resultados são semelhantes aos descritos por Milne e Rich (1981) que entrevistaram 20 grávidas após a realização de ecografia.

Partindo do princípio que a construção de uma relação de vinculação pressupõe a identificação de um objecto de vinculação, podemos considerar que a vinculação prenatal se constrói mediante o processo de aceitação e reconhecimento do bebé ao longo da gravidez (Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005).

É neste contexto que Righetti e colaboradores (2005) consideram que o papel da ecografia na vinculação prenatal não tem sido suficientemente estudado, apesar da sua actual generalização em muitos países, e apesar desta experiência ser valorizada como uma das experiências mais significativas do processo gravídico (Marteau & Richards, 1996; Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994, cit. por Righetti et al, 2005), sendo perspectivada pelos próprios casais expectantes como uma importante validação da gravidez e uma forma de contacto com o bebé (Clement, Wilson & Sikorski, 1998, cit por Righetti et al, 2005). Num estudo qualitativo, Boyer e Porret (1991) entrevistaram 630 grávidas, verificando que 77% referiram que a ecografia as tinha ajudado a imaginar o bebé. No entanto, os autores não encontraram diferenças entre a vinculação prenatal das grávidas sujeitas a ecografia “a quatro dimensões” e as grávidas sujeitas a ecografia “a duas dimensões”, sendo que a evolução entre o pré e o pós-teste não foi influenciado pelo método ecográfico usado. A ausência de um grupo de controlo (constituído por grávidas não sujeitas a ecografia) não permite, no entanto, concluir se, a evolução encontrada nas grávidas se atribui à ecografia, ou, simplesmente ao efeito do tempo que mediou os dois momentos de avaliação.

Em relação à **amniocentese**, as mães sujeitas a este procedimento de diagnóstico foram descritas como inibindo a vinculação prenatal até obtenção dos resultados (Cranley, 1981).

E de facto, Heidrich e Cranley (1989) encontraram valores mais baixos de vinculação prenatal no grupo de grávidas sujeitas a amniocentese (n=19), comparando-as com as grávidas sujeitas a ecografia (n=37) e com o grupo de controlo (n= 35), ao contrário de Phipps (1985) que, comparando o mesmo instrumento ao 3º, 4º e 5º mês entre um

grupo de grávidas sujeitas a amniocentese (n=40) e um grupo de controlo (n=32), encontraram apenas um aumento superior no valor da vinculação prenatal no grupo experimental, mas não encontraram diferenças entre os dois grupos.

Caccia e colaboradores (1991) avaliaram a vinculação prenatal antes e após a realização da amniocentese, verificando que os valores aumentaram significativamente. No entanto, o facto de se ter utilizado uma versão reduzida do *Maternal Fetal Attachment Scale*¹¹, coloca algumas reservas ao valor destes resultados.

Assim, a amniocentese parece ter um efeito negativo no desenvolvimento da vinculação prenatal, especialmente no início da gravidez e até que o diagnóstico / avaliação de malformação fetal seja despistado.

Grau de risco da gravidez

Muller (1992) considera poder considerar-se uma associação da vinculação prenatal com o estatuto de risco da gravidez. No entanto, diferentes estudos não foram capazes de estabelecer qualquer associação entre o MFAS e o grau de risco da gravidez (Mercer et al, 1988; Curry, 1987; Kemp & Page, 1987). Chazotte e colaboradores (1995) compararam dois tipos de gravidez de risco (diabetes gestacional e risco de parto prematuro) com um grupo de grávidas sem complicações médicas associadas à gravidez, não encontrando também diferenças entre os grupos nos valores de MFAS. Assim, a investigação tem revelado resultados consistentes no sentido de uma ausência de correlação significativa com os valores de vinculação prenatal (Mercer et al, 1988; Curry, 1987; Kemp & Page, 1987), o que levou Cannella (2005) a concluir que as circunstâncias gravídicas não são suficientemente poderosas para influenciar a vinculação prenatal. No entanto, seria de esperar que estes factores influenciassem a vinculação prenatal, pelo que a ausência de efeitos significativos poderá atribuir-se em larga medida ao facto destes estudos recorrerem a amostras reduzidas, que dificultam a emergência de efeitos significativos. No entanto, Berryman e Windridge (1996), encontraram valores de vinculação prenatal mais baixos no grupo de grávidas com idade superior a 35 anos comparando com um grupo de grávidas dos 20-29 anos atribuindo estas diferenças, que desapareceram no final da gravidez, ao maior risco de

¹¹ Foi excluída a sub-escala “interacção com o bebé”, considerada desapropriada para a avaliação da vinculação prenatal no início da gravidez, sem que haja referência a qualquer medida de validade ou fidelidade relativa à adaptação efectuada.

gravidez em idades mais avançadas e conseqüentemente, a uma protecção pessoal de uma possível perda perinatal que é mais provável no início da gravidez.

Por outro lado, o confronto da grávida com a possibilidade de risco associado à gravidez, poderia também potenciar e antecipar alguns dos processos psicológicos envolvidos na construção desta relação parental com o bebé, designadamente, promovendo o conhecimento da especificidade e da individualidade do bebé; a aceitação do bebé nas suas qualidades mas também nos seus problemas e limitações, potenciando a passagem “do bebé perfeito / idealizado, ao bebé concreto”, que é essencial ao processo de construção da representação do bebé; mas também promovendo a disponibilidade para se “dar” e abdicar de si em função dos interesses e necessidades específicos do bebé, como será o caso das grávidas hospitalizadas ou com limitações funcionais significativas decorrentes do risco gravídico.

2.3.2. INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS NA VINCULAÇÃO PRENATAL

Idade

A idade pode ser considerada um marcador de maturidade e desenvolvimento psicossocial (Heinicke, 1995), mas a idade por si só não é uma variável psicológica... e de facto, os estudos realizados não têm encontrado resultados consistentes sobre o efeito desta variável na vinculação prenatal (Laxton-Kane & Slade, 2002).

Num estudo baseado na observação da interacção mãe-bebé após o parto, Ragozin e colaboradores (1982) verificaram que, na sua amostra de mães primíparas, quanto mais velhas fossem, mais interagem com o bebé de forma positivamente afectuosa, estimulante e sensível.

Pelo contrário, Siddiqui e colaboradores (1999) encontrou uma correlação negativa entre a avaliação da vinculação prenatal e a idade da mãe, à semelhança dos estudos de Lindgren (2001) e de Mercer e colaboradores (1988) bem como Mendonça (2003), avaliando as atitudes face à gravidez e o bebé. Também Berryman e Windridge (1996) num estudo com grupos equivalentes, encontraram valores de vinculação prenatal mais baixos no grupo de grávidas com idade superior a 35 anos, comparando com um grupo de grávidas dos 20-29 anos. Estas diferenças, no entanto, desapareceram no final da

gravidez, pelo que foram atribuídas ao maior risco de gravidez em idades mais avançadas e consequentemente, a uma protecção pessoal de uma possível perda perinatal que, é mais provável no início da gravidez.

E de facto, a maioria dos autores não encontram correlação entre a vinculação prenatal e a idade materna (Mendes, 2002; Reading et al, 1984; Bloom, 1995; Kemp & Page, 1987; Curry, 1987; Grace, 1989; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Wayland & Tate, 1993, Zachariah, 1994). Bloom (1995) constata que o padrão de desenvolvimento da vinculação prenatal em grávidas adolescentes é equivalente ao de outros grupos. No entanto, o seu grupo de “adolescentes” era demasiado heterogéneo, incluindo grávidas dos 12 aos 20 anos, que estarão em níveis de desenvolvimento psicológico diferentes.

Laxton-Kane e Slade (2002) compararam os valores obtidos no MFAS por Bloom (1995) com adolescentes e por Berryman e Windridge (1996) com grávidas de idade superior a 35 anos, verificando que os valores obtidos pela amostra de Bloom são mais elevados. No entanto, continua a faltar um estudo comparativo das diferentes idades: seria importante comparar directamente, num mesmo estudo e com grupos equivalentes, os valores de vinculação prenatal entre diferentes níveis etários.

Mesmo assim, Laxton-Kane e Slade (2002) concluem que a vinculação prenatal parece desenvolver-se independentemente da idade materna, ainda que as grávidas mais velhas possam apresentar valores mais baixos nas fases iniciais da gravidez.

Além disso, mais do que a idade, poderão ser as circunstâncias psicossociais das grávidas (diferenciadas quanto ao escalão etário) a condicionar a vinculação prenatal, o que é em parte sugerido por Cannella (2005), que, a partir da sua revisão de estudos, conclui que uma das dificuldades de encontrar resultados consistentes quanto a variáveis sociodemográficas como a idade poderá prender-se com a dificuldade de identificar separadamente o efeito de cada uma delas, o que se reflectirá, por exemplo, no estudo da idade ou da primiparidade, que normalmente coexistem, sendo difícil distinguir se os valores mais elevados de vinculação prenatal se atribuem a uma ou a outra variável (Cannella, 2005).

Paridade

Apesar de podermos esperar que a paridade (experiência prévia de gravidez e maternidade) influenciaria a actual experiência de gravidez, os resultados quanto ao efeito desta variável na vinculação prenatal, também não são conclusivos.

Siddiqui e colaboradores (1999) encontraram uma associação negativa entre os valores de vinculação prenatal e o número de filhos. Da mesma forma, também Mendes, utilizando o mesmo instrumento, encontrou um efeito significativo quanto à paridade (2002), à semelhança de Pascoe, Kokotailo e Broekhuizen (1995) ou de Curry (1987), ou como Mercer e colaboradores (1988) que, verificaram que os valores do *Maternal Fetal Attachment Scale* diminuía com o aumento do número de filhos em gravidezes sem risco, e como Pearce e Ayers (2005) que, encontraram expectativas do bebé mais negativas nas múltiparas que nas primíparas. A relação estabelecida por estes autores entre estas expectativas prenatais e a ligação materna ao bebé às 3 semanas após o parto, sustenta a hipótese de uma associação entre a paridade e a qualidade da relação mãe-bebé prolongada ao *período após o parto*.

No entanto, Cranley (1981) não encontrou qualquer relação entre a vinculação prenatal e a paridade, à semelhança de Muller (1992) e de Phipps (1986). Também Huang, Wang e Chen (2004) não estabeleceram qualquer associação da vinculação prenatal com a paridade na sua amostra de grávidas no 3º trimestre, nem Condon e Esuvaranathan (1990) comparando a vinculação prenatal entre um grupo de 26 primíparas e um grupo de 26 múltiparas no 3º trimestre de gravidez, não encontraram qualquer diferença, mas é possível que o tamanho reduzido da amostra não tivesse permitido evidenciar diferenças significativas. Aliás, num estudo posterior, Condon e Corkindale (1997) verificam que o score global do MAES tende a ser mais elevado na 1ª gravidez, na subescala da intensidade da vinculação prenatal. No entanto, Berryman e Windridge (1996), usando uma amostra maior, não encontraram qualquer efeito da paridade na vinculação prenatal.

Assim, Laxton-Kane e Slade (2002), na sua revisão dos estudos sobre a vinculação prenatal, concluem que à luz dos resultados disponíveis, é pouco provável que a paridade tenha um efeito na vinculação prenatal.

Estes resultados poderão confirmar a descrição apresentada anteriormente desta relação como “um laço recorrente” (Newman & Newman, 1988) em que, com cada novo filho, há todo um novo investimento emocional que em nada prejudica a vinculação parental aos filhos pré-existentes. Assim, apesar da experiência de gravidez prévia dever influenciar a experiência actual de gravidez, não é de esperar que a paridade influencie a vinculação prenatal, em que a gestação de um novo filho terá todo um investimento emocional novo, sem prejuízo para filhos anteriores, nem a existência de

outros filhos, diminuindo o novo laço parental.

Nível sociocultural

Em relação à influência do nível sociocultural na vinculação prenatal, não será de esperar uma relação directa, mas apenas um efeito indirecto, através de uma relação com os recursos sociais e económicos de apoio e com o nível de *stress*, numa transição que coloca desafios sociais e económicos acrescidos. Mas os dados não são conclusivos. Assim, Siddiqui e colaboradores (1999) identifica uma associação positiva entre os valores do PAI e a educação da mãe (correlação positiva). Mas, Mendes não encontra qualquer relação entre o MFAS e o nível de escolaridade ou o estatuto socioeconómico da mãe (2002) o que é consistente com os dados de outros autores com este instrumento (Cranley, 1981; Reading et al, 1984; Kemp & Page, 1987; Muller, 1993; Curry, 1987; Lerum & LoBiondo-Wood, 1989; Fuller et al, 1993; Mercer et al, 1988), ainda que haja estudos que referem uma correlação inversa entre a vinculação prenatal e o nível de escolaridade materno (Mercer et al, 1988; Lindgren, 2001). Da mesma forma, a maioria dos estudos não relacionam o nível socioeconómico com a vinculação prenatal (Curry, 1987; Lindgren, 2001; Zachariah, 1994), ainda que Mercer e colaboradores (1988), estudando a vinculação prenatal na gravidez de risco, tenham encontrado, nesse subgrupo, uma correlação inversa com o nível socioeconómico (mas não no grupo de controlo). Considerando as diferenças de raça e/ou etnia, também encontramos, quer estudos que evidenciam diferenças (Wayland & Tate, 1993; Mercer et al, 1988), como outros que obtêm resultados diferentes (Kemp & Page, 1987; Curry, 1987).

Em relação à influência cultural no comportamento materno, Fleming e Corter (1988) explicam que, independentemente dos modelos específicos de *caretaking* (pois estes autores identificam na nossa espécie inúmeras variações culturais destes modelos), a maioria das mães desenvolvem uma motivação para estar e interagir com o filho que é transversal a diferentes culturas (Fleming & Corter, 1988: 191).

2.3.3. INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA VINCULAÇÃO PRENATAL

Com o decorrer da gravidez, muitas grávidas experienciam diversas alterações no seu estado emocional e na forma como se vêem, pelo que seria de esperar que os sentimentos de ansiedade e depressão interferissem com a capacidade de a grávida se relacionar com o bebé (Laxton-Kane & Slade, 2001; Figueiredo, 2000).

No entanto, a avaliação da depressão e da ansiedade na gravidez levanta também algumas dificuldades pois as alterações fisiológicas, psicológicas e ocupacionais / sociais que acompanham este período podem inflacionar os valores obtidos em instrumentos desenvolvidos para populações não grávidas.

Ansiedade, stress, coping e auto-estima

A ***ansiedade*** é uma variável muito valorizada na investigação da adaptação à gravidez, sendo considerada uma medida do bem-estar psicológico (que tem sido também conceptualizada pelas teorias da vinculação em termos de um modelo negativo do *self*) assumindo-se a sua associação negativa com a experiência de gravidez e suas tarefas psicológicas, nomeadamente com a vinculação prenatal (Condon & Corkindale, 1997; Lugt-Tappaser & Wiese, 1994). De facto, seria de esperar uma associação entre o ajustamento psicossocial da mãe e as suas competências maternas, em que, dificuldades psicológicas maternas deveriam dificultar a sua relação com o bebé, quer durante a gravidez, quer após o nascimento. No entanto, o efeito desta variável não é claro. Tanto Cranley (1992) como Muller (1992) referem resultados inconsistentes quanto à relação da ansiedade com a vinculação prenatal, o que levou Cannella (2005) a concluir que as variáveis relativas ao ajustamento psicossocial das grávidas não parecem apresentar uma relação consistente com a vinculação prenatal.

Assim, Mercer e Ferketich (1988) não foram capazes de encontrar um modelo de causalidade para a vinculação prenatal, a partir da avaliação do apoio social, da auto-estima, da ansiedade e da depressão como preditores que, no seu conjunto, explicaram pouca variância da vinculação prenatal, tanto num grupo de grávidas de risco como no grupo de controlo. Também Sjogren e colaboradores (2004) verificaram que a vinculação prenatal não se relacionou com a avaliação da ansiedade (incluindo a ansiedade cognitivo-social, insegurança e preocupações excessivas), à semelhança de

Gaffney (1986) que também não conseguiu relacionar a ansiedade de traço com a vinculação prenatal, ainda que tenha encontrado uma correlação inversa quanto à ansiedade de estado, contrariando o estudo de Stanton e Golombok (1993) em que, esta associação entre a vinculação prenatal e a ansiedade de estado, não se verificou. Da mesma forma, num estudo recente com 65 grávidas, Pearce e Ayers (2005) verificam que os sintomas de ansiedade e depressão no final da gravidez (39 semanas) não evidenciaram qualquer relação, nem com as expectativas do bebé na gravidez, nem com a qualidade da relação mãe-bebé às três semanas do pós-parto. Este estudo apresenta, no entanto, algumas limitações metodológicas que exigem cautela na interpretação dos seus resultados. Assim, o reduzido tamanho da amostra e a utilização de medidas sem consistência interna aceitável para avaliação da relação mãe-bebé após o parto, não nos permite valorizar os resultados encontrados.

De qualquer forma, os diferentes estudos, não sendo conclusivos, parecem, no entanto, sugerir que a ansiedade, por si só, não será uma variável importante em termos da construção da vinculação prenatal. Podemos até considerar que um nível moderado de ansiedade prenatal pode também ter um efeito benéfico na vinculação prenatal, ao mobilizar a grávida para a procura de informação, a mobilização de recursos e a resolução de problemas que a ajudarão a preparar-se para os desafios futuros. Consistente com esta hipótese, foi possível verificar que as preocupações mudam ao longo da gravidez (Entwisle & Doering, 1981) e tendem a associar-se ao seu nível de preparação para a maternidade (Justo, 1994).

Em relação ao **stress**, Cranley (1981) refere uma correlação inversa com a vinculação prenatal. Também Mikulincer e Florian (1999) encontraram uma relação inversa da vinculação prenatal com o *psychological distress* e o *coping* centrado nas emoções, mas apenas no 1º trimestre. Estes autores encontraram ainda uma correlação positiva com as estratégias de *coping* de procura de apoio, mas apenas no 1º trimestre, enquanto que Phipps (1985) não encontraram qualquer associação com o estilo de *coping* avaliado em termos de procura ou evitamento de informação. Outros autores também não estabeleceram qualquer relação entre a vinculação prenatal e o nível de *stress* da grávida (Curry, 1987; Mercer & Ferketich, 1988; Grace, 1989), pelo que, mais uma vez, os estudos não são conclusivos relativamente ao efeito destas variáveis na construção da vinculação prenatal.

Os estudos sobre o **ajustamento psicossocial** das grávidas podem também contribuir para a compreensão da influência do estado emocional da grávida na construção da vinculação prenatal. De facto, Colpin e colaboradores (1998) encontraram uma correlação entre o nível de ajustamento psicossocial e a sub-escala “qualidade” da vinculação prenatal, num estudo com grávidas gemelares. Da mesma forma, também Mercer e Ferketich (1988) referem uma associação positiva, mas fraca, entre a vinculação prenatal e as percepções de bem-estar, no grupo de grávidas sem risco gravídico associado, e Lindgren (2001) reporta ainda uma correlação positiva, mas fraca, com as práticas de saúde positivas. No entanto, Mikulincer e Florian (1999) só encontraram correlação entre a vinculação prenatal e o ajustamento psicossocial no 1º trimestre de gravidez. Parece, assim, possível concluir que o efeito desta variável não será muito relevante, ainda que os estudos não sejam também conclusivos, o que se poderá também atribuir a diferenças conceptuais e metodológicas na avaliação desta variável que não cabe aqui explorar.

Na exploração das variáveis relativas à relação com o *self*, verificou-se ainda que a **auto-estima** não parece relacionar-se com a vinculação prenatal em grávidas adolescentes (Koniak-Griffin, 1988), em grávidas adultas (Cranley, 1981) ou em grávidas com ou sem risco obstétrico (Mercer et al, 1988). Em relação ao auto-conceito, Gaffney (1986) também não encontrou qualquer associação, ao contrário de Curry (1987) no seu estudo com uma amostra hospitalizada, que encontrou uma correlação positiva entre o MFAS e o auto-conceito. Da mesma forma, também Mercer e colaboradores (1988) encontraram uma correlação positiva, mas fraca, com o sentido de mestria, mas apenas nas grávidas sem risco gravídico.

Estes estudos sugerem, de uma forma geral que, estas variáveis, *per se*, terão pouca relação com a vinculação prenatal, ainda que as diferenças conceptuais e metodológicas também poderão ter contribuído para as inconsistências entre os estudos.

Depressão

A depressão tem sido muito estudada no seu impacto na qualidade da relação materna com o bebé. Belsky e Jaffee (*in press*) notam mesmo que a depressão é a perturbação psicológica mais estudada em relação ao funcionamento parental. Diversos estudos, em especial sobre a depressão pós-parto, referem as dificuldades da responsividade da mãe deprimida na sua interacção com o bebé (ex: Murray, Fiori-Cowley, Hooper e Cooper, 1996), com consequências na qualidade desta relação.

E de facto, quer se considere a investigação com bebés, com crianças pequenas (*toddlers*), com crianças em idade pré-escolar e escolar, ou adolescentes, os resultados confirmam que níveis elevados de depressão (mesmo em populações não-clínicas) e outras dimensões associadas (como a ansiedade e a irritabilidade / hostilidade) estão relacionados com um pior funcionamento parental (Belsky & Jaffee, *in press*).

Mas, apesar de o funcionamento parental ser menos estudado no período gravídico, espera-se que, também na gravidez, a capacidade de a mãe se envolver na relação parental com o seu bebé será prejudicada pela sintomatologia depressiva materna. Se um dos sintomas da depressão é um “*emotional detachment*”, então a depressão terá a capacidade de limitar especificamente o desenvolvimento da vinculação prenatal. A depressão pode diminuir a capacidade de a grávida sentir prazer na proximidade com o bebé e noutras experiências afectivas positivas que ajudam a contrabalançar as dificuldades da gravidez. A associação entre a depressão e determinados padrões de expectativas (negativas, pessimistas e incontroláveis) em relação ao futuro poderia também ajudar a explicar esta relação entre a avaliação do humor da grávida e a sua vinculação prenatal, na medida em que esta constitui em larga medida um processo de antecipação de uma relação positiva futura com o objecto de vinculação. E de facto, os estudos sugerem uma associação entre a vinculação prenatal e a sintomatologia depressiva (Phipps, 1985; Priel & Besser, 1999; Condon & Corkindale, 1997; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mercer & Ferketich, 1988), ainda que alguns autores não tenham replicado esta associação inversa da vinculação prenatal, quer com a depressão prenatal (Lindgren, 2001) quer com a depressão pós-parto (Grace, 1989). Também Pearce e Ayers (2005) verificaram que os sintomas de ansiedade e depressão no final da gravidez (39 semanas) não evidenciaram qualquer relação, nem com as expectativas do bebé na gravidez, nem com a qualidade da relação mãe-bebé às três semanas do pós-parto.

Uma avaliação longitudinal destas variáveis poderia proporcionar uma compreensão mais clara destes estudos, pois os níveis de ansiedade e depressão provavelmente apresentarão flutuações ao longo da gravidez em função da natureza dinâmica das necessidades maternas. Além disso, neste tipo de estudos correlacionais, é difícil determinar se uma baixa vinculação prenatal é a causa ou o efeito do humor depressivo da grávida, o que exigiria um desenho longitudinal que avaliasse o estado emocional e a vinculação prenatal em diferentes momentos do período gravídico. Também Condon e Corkindale (1997), estudando a associação entre a vinculação, a depressão e o apoio social lembram que, entre estas três variáveis, haverá uma corrente causal inextrincável ("*disentangling causal chain*"), só fazendo sentido falar-se em correlações e não em determinantes ou preditores (especialmente tratando-se de estudos transversais).

Esta explicação é sustentada pelo estudo de Priel e Besser (1999) que verificaram que as puérperas com elevado auto-criticismo (factor de depressão) e elevada vinculação prenatal estavam significativamente menos deprimidas que as puérperas que, com o mesmo nível de auto-criticismo, apresentavam, no entanto, valores baixos de vinculação prenatal, enfatizando a relação bidireccional entre estas variáveis.

Neste sentido, mas reportando-se à relação parental após o parto, Belsky e Jafee (*in press*) referem que o efeito adverso da depressão no funcionamento parental poderá ser explicado, não só pelas características que a depressão imprime directamente à interacção parental (perda de prazer e de motivação em relação às actividades parentais; avaliações pessimistas e críticas do comportamento da criança; menor responsividade parental; maior frequência de emoções e interacções parentais negativas; menor sentido de competência parental; etc, etc), mas também indirectamente, quer pelo efeito da depressão parental no sistema familiar, quer pela constelação de dificuldades sociais normalmente associados à depressão como as dificuldades conjugais, económicas, profissionais ou em termos de apoio social, que, por sua vez, exacerbam o efeito da depressão no funcionamento parental.

Por outro lado, Belsky e Jeffee (*in press*) lembram-nos que a dimensão parental também pode potenciar a depressão parental, constituindo-se muitas vezes os filhos como *stressores* que induzem reacções negativas nos pais, especialmente quando estes são mais vulneráveis à depressão, o que é reforçado por alguns estudos (e.g.

Feske et al, 2001). Neste sentido, podemos também considerar a possibilidade de a gravidez poder funcionar como (mais) um factor de *stress* para uma mulher deprimida ou vulnerável à depressão (especialmente num contexto em que outras vulnerabilidades coexistam).

2.3.4. INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS RELACIONAIS NA VINCULAÇÃO PRENATAL

Apoio social

Seria de esperar um efeito indirecto do apoio social na relação mãe-bebé em termos de uma relação com o bem-estar psicossocial da grávida (à semelhança do que foi possível verificar na relação parental pós-natal, Crockenberg & McCluskey, 1986), mas os resultados são contraditórios.

Cranley (1981) verificou uma associação entre a vinculação prenatal e o apoio social, o que foi em parte corroborado pelo estudo de Mercer e Ferketich (1988) e pelo estudo de Bloom (1995) com adolescentes, mas, utilizando o mesmo instrumento, Mendes (2002) não encontrou qualquer efeito do apoio social, à semelhança de outros autores (Koniak-Griffin, 1988; Koniak-Griffin et al, 1993; Curry, 1987). Muller (1992) também refere resultados inconsistentes quanto à relação do apoio social com a vinculação prenatal, atribuindo-as a diferenças entre amostras e a problemas de validade das medidas de vinculação prenatal. Também Cannella (2005) conclui, na sua revisão, que *“correlational studies examining psychosocial variables such as social support in relation to maternal-fetal attachment have yielded disappointing findings”* (Cannella, 2005: 65). Esta autora atribui as dificuldades, em associar as variáveis relacionais com a vinculação prenatal, a alguma redundância entre os conceitos¹² que “obscurizam” o conhecimento sobre a relação entre as dimensões.

Mas, Laxton-Kane e Slade (2002) na sua revisão dos estudos realizados na década de 90, referem uma associação do nível de apoio social com a vinculação prenatal. E de facto, numa perspectiva diferente da avaliação da vinculação prenatal, Condon e Corkindale (1997) consideram que o *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale* é

¹² Esta autora considera que há alguma sobreposição entre a avaliação da vinculação prenatal e do apoio social, na medida em que ambas incluem dimensões de vinculação, que a autora considera que se estende ao estudo de outras variáveis, como a relação conjugal ou a relação à própria mãe.

influenciado por factores situacionais e psicológicos, constatando que a intensidade da vinculação prenatal é potenciada perante a percepção de apoio social (mas não a subescala da qualidade da vinculação prenatal). Estes autores verificaram que o quartil inferior de vinculação prenatal estava associado a níveis mais baixos de apoio social (a par de valores mais elevados de depressão e ansiedade). Estes autores verificaram que a satisfação com o apoio social é mais importante que a quantidade do apoio disponível.

Relação Conjugal

O contexto conjugal tem sido recorrentemente enfatizado na compreensão da experiência de gravidez (Canavarro, 2001; Cowan & Cowan, 1988; Colman & Colman, 1994; Caplan, 1960; Sheresevsky & Yarrow, 1973) mas tem sido menos estudado no contexto da relação mãe-bebé. Como Belsky e Jaffee (*in press*) explicam, os investigadores que exploram a mudança na qualidade da relação conjugal na transição para a parentalidade, ignoram de um modo geral o significado e a importância do papel parental e a relação parental. Por outro lado, na psicologia do desenvolvimento, em que é explorada a qualidade da relação parental e o desenvolvimento infantil, a relação conjugal não é valorizada, encarando os adultos como se o seu único papel fosse o parental. Já na psicologia clínica, tanto os problemas conjugais como os problemas do desenvolvimento infantil são enfatizados, mas não é prestada muita atenção à relação parental propriamente dita. No entanto, cada vez se reconhece mais a inter-relação entre estas diferentes áreas do saber na compreensão dos processos de funcionamento e desenvolvimento psicológicos (Belsky & Jaffee, *in press*).

E de facto, a satisfação conjugal mostrou-se correlacionada positivamente de forma consistente com os valores de vinculação prenatal no *Maternal Fetal Attachment Scale* (Cranley, 1984; Mercer et al, 1988; Weaver & Cranley, 1983) e o apoio conjugal correlacionou-se com o *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale* (Lai, Tang & Tse, 2005). Também Gloger-Tippelt (1988) encontrou uma correlação positiva forte entre a percepção do bebé e a duração da relação conjugal e Siddiqui e colaboradores (1999) identifica uma associação entre os valores do *Prenatal Attachment Inventory* e a qualidade da relação conjugal. Coerente com estes resultados, White e colaboradores (1999) verificam que uma maior vinculação ao bebé está associado a dinâmicas familiares mais positivas, à semelhança de Fuller e colaboradores (1993) que

encontraram uma correlação positiva da vinculação prenatal com o funcionamento familiar. No entanto, Zachariah (1994) não estabeleceu uma correlação substancial da vinculação prenatal com a vinculação ao companheiro, e, noutro estudo, Righetti e colaboradores (2005) também não estabeleceram qualquer relação entre a vinculação prenatal avaliada pelo *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale* e a duração da relação conjugal. Da mesma forma, também Mendes (2002) não encontrou nenhum efeito do estado civil nos valores do *Maternal Fetal Attachment Scale*, ainda que Lindgren (2001) refira valores de vinculação prenatal mais elevados nas grávidas casadas. Utilizando o *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale*, Condon e Corkindale (1997) constataam que a qualidade da vinculação prenatal é potenciada pela existência de uma relação conjugal pautada por consenso, coesão e “care”. Usando aquele mesmo instrumento num estudo com grávidas gemelares, também Colpin e colaboradores (1998) encontraram uma correlação positiva entre a qualidade da relação conjugal e a subescala da qualidade da vinculação prenatal.

De facto, a reacção e a atitude do cônjuge é um contributo poderoso na adaptação da futura mãe à gravidez, na sua relação com o bebé e no seu futuro comportamento maternal (Condon & Esuvarranathan, 1990; Condon & Corkindale, 1997; Fuller, Lucille & Lester, 1993; Robson & Mandel, 1985). Curry (1979) confirma a importância da percepção de apoio do companheiro no comportamento materno subsequente. Alguns estudos exploram, ainda, a associação entre a relação conjugal e a relação parental pós-natal em termos da qualidade da vinculação dos filhos, verificando que a vinculação segura do filho está associada a uma maior qualidade da relação conjugal (Goldberg, 1983; Belsky & Isabella, 1988).

Belsky e Jaffee (*in press*) concluem que, esta associação se verifica nas diferentes fases do ciclo parental, desde os primeiros anos de vida dos filhos à sua adolescência, confirmando a inter-relação entre conjugalidade e parentalidade.

Estilo de Vinculação

Como Laxton-Kane e Slade (2002) sugerem que, em vez de se medir a associação entre a vinculação prenatal e a percepção de proximidade ou apoio em determinadas relações específicas (cujos resultados têm sido bastante inconsistentes e desanimadores), a avaliação do estilo de vinculação materno pode ser um preditor bastante mais poderoso, pois as primeiras experiências de vinculação tendem a

determinar as vinculações posteriores (Bowlby, 1979). Esta concepção é consistente com a abordagem de Belsky e Jaffee (*in press*) que consideram que a relação entre o bem-estar psicológico dos pais e as suas competências parentais vem em larga medida “de trás”, da sua própria história desenvolvimental e da qualidade das suas experiências como “*care-taker*”, ie, da forma como foram “*parented*”, evocando a literatura dos maus tratos parentais, da depressão parental e das experiências de vinculação na infância. Numa abordagem diferente, também Heinicke (1995) considera que:

“the mother’s prebirth adaptative competence and capacity to sustain positive relationships (specially those with her partner) anticipate her responsiveness to the needs of her infant. (...) If before the birth of the child, the mother copes well with various life issues, has the capacity to form positive, trusting relationships, and has a mutually positive relationship with her partner, then she is more likely to be responsive to her child’s needs and her child will develop greater security” (Heinicke, 1995: 291).

Assim, as explicações clássicas sobre o funcionamento parental, valorizam a influência da história desenvolvimental dos pais e em especial as suas experiências de terem sido “*parented*” em crianças na compreensão do seu funcionamento parental.

E de facto, a investigação mostra que, apesar da transmissão intergeracional do funcionamento parental não ser de forma alguma inevitável, a história desenvolvimental parental desempenha um papel importante na forma como os pais se relacionam com os filhos.

A teoria da vinculação proporciona uma base para a compreensão das condições e dos mecanismos de transmissão intergeracional do funcionamento parental, pois:

“parents’ experiences with grandparental responsiveness, rejection or ambivalence lead to an internal representation of the caregiving as (un)responsive to the careseeker needs, and it is hypothesized that this internal representation will influence the degree of responsiveness the parents are able to show toward their children” (van Ijzendoorn & Leiden, 1992: 79).

Esta teoria valoriza também os processos de transformação dos modelos internos

dinâmicos, pois as experiências precoces são integradas em modelos internos relacionais (Bowlby, 1980). Assim, Main e Goldwyn (1984) verificaram que as mães com experiências de vinculação negativas mas que tinham construído narrativas coerentes e integradas dessas experiências não eram rejeitantes em relação aos seus filhos. Esta teoria proporciona ainda uma descrição das experiências relacionais capazes de introduzir mudanças desses modelos, destacando as potencialidades do contexto conjugal na transformação desses modelos internos. E de facto, foi possível verificar o efeito mediador de uma relação conjugal positiva no funcionamento parental, em situações de experiências negativas precoces de vinculação (Belsky, Pensky & Youngblade, 1990). Estes dados poderão também ser lidos à luz do modelo de Belsky e Jaffee (*in press*) e da terminologia de Cicchetti, em que factores protectores (como uma relação conjugal positiva) reduzem o impacto de factores de risco de um funcionamento parental abusivo (como as experiências negativas de vinculação).

No entanto, resta a questão: por que será que umas mães dispõem de relações conjugais e de recursos de apoio capazes de minimizar o efeito de experiências de vinculação negativas e outras não? A qualidade desses recursos ou factores protectores, não será também influenciada pelas características da própria mãe?...

De qualquer forma, alguns estudos têm tentado relacionar o estilo de vinculação materno com a qualidade da vinculação prenatal, encontrando uma associação entre o estilo de vinculação materno e a vinculação prenatal (Pollock & Percy, 1999; Mikulincer & Florian, 1999). No mesmo sentido, apontam os resultados de Siddiqui e colaboradores (2000) que utilizaram um inventário de vinculação prenatal e uma avaliação das memórias de infância (com *subescalas* de rejeição, calor emocional e superprotecção), verificando que as grávidas que referiam calor emocional da figura materna e rejeição da figura paterna apresentavam maior vinculação prenatal. Também White e colaboradores (1999) encontraram uma correlação positiva da vinculação prenatal com a avaliação da proximidade emocional e intimidade nas relações familiares.

No entanto, Zachariah (1994), não encontrou qualquer correlação significativa da vinculação prenatal quer com a vinculação precoce à mãe, quer com a vinculação ao par amoroso.

De qualquer forma, Laxton-Kane e Slade (2002) lembram que a avaliação da

vinculação na gravidez pode não ser representativa da vinculação adulta, e de facto, verificou-se que, durante a gravidez, a mulher pode tornar-se mais próxima dos outros, a relação com os outros significativos pode tornar-se especialmente marcada (Smith, 1999b).

2.3.5. MULTIPLICIDADE E COMPLEXIDADE DOS DETERMINANTES DA PARENTALIDADE

Apesar de não se terem debruçado especificamente sobre a relação mãe-bebé na gravidez, Belsky e Jaffee (*in press*) desenvolvem um modelo de compreensão dos determinantes do funcionamento parental que permite integrar os diferentes factores abordados.

Para Belsky e Jaffee (*in press*), numa compreensão do (dis)funcionamento parental na linha da ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979), o

“parenting is multiple determined by forces which emanate from the child, the parent, and the social context; (...) these forces not only additively contribute to parenting, but interact to amplify and buffer the effects of one another; and (...) the factors often mediate one another so that parenting is likely to be influenced directly and / or indirectly by attributes of the child, the parent, and the social context” (Belsky & Jaffee, *in press*, p. 105).

Belsky e Jaffee (*in press*), numa revisão sobre os determinantes do funcionamento parental, identifica três fontes de influência: a) as origens ontogenéticas dos pais e os seus recursos psicológicos (na linha das explicações clássicas sobre o funcionamento parental que valorizavam a influência da história desenvolvimental dos pais); b) as características da criança (recuperando os modelos que enfatizam o efeito da criança no *caregiver* – com estudos sobre o efeito do género, do temperamento ou da prematuridade no comportamento parental – criticando a visão unidireccional dos determinantes da relação pais-filhos); e c) as fontes contextuais de *stress* e de apoio (na linha dos modelos sociológicos da disfuncionalidade parental que valorizam a influência das condições sociais e culturais em que a relação parental está enquadrada).

Para estes autores, o funcionamento parental é multideterminado; e esses múltiplos determinantes interagem entre si, proporcionando quer factores de risco quer factores protectores.

Este modelo, no entanto, enfatiza as características psicológicas dos pais, na medida em que não só influenciam directamente o funcionamento parental, como também condicionam as restantes fontes de impacto no funcionamento parental. Assim, os próprios pais têm influência sobre os factores de risco e sobre a influência desses factores de risco no seu funcionamento psicológico.

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

CAPÍTULO 3.

A VIVÊNCIA DO CORPO NA GRAVIDEZ

CAPÍTULO 3. A VIVÊNCIA DO CORPO NA GRAVIDEZ

Na exploração da relação com o corpo na gravidez, pretende-se não só evidenciar a importância da experiência corporal na vivência da gravidez, como também valorizar o impacto da gravidez na relação com o corpo. Procura-se não só contribuir para a compreensão da experiência psicológica da gravidez, como também abordar (e questionar) a forma como a literatura tem (des)valorizado a dimensão corporal no funcionamento e desenvolvimento psicológico.

É que, se, por um lado, a investigação psicológica sobre o corpo se tem desenvolvido essencialmente em torno do conceito de imagem corporal e valorizando basicamente os aspectos relativos à insatisfação e percepção / distorção dessa imagem corporal, por outro lado, a centralidade da experiência corporal na vivência da gravidez não tem sido suficientemente abordada (Richardson, 1990, 1996, para uma excepção), tomada muitas vezes como mais uma “dimensão satélite” independente da experiência da gravidez, e raramente como uma dimensão inerente a toda a vivência gravídica, atravessando os diferentes domínios do desenvolvimento psicológico que ocorre nesta transição, envolvida quer na relação com o bebé e na construção da identidade materna, quer na reconstrução das relações da grávida com as suas figuras relacionais, mais ou menos próximas.

Assim, fazemos nossas as palavras de Peggy Richardson que considera que “os padrões e as relações entre as variáveis da imagem corporal na gravidez exigem uma integração e elaboração tanto da investigação na imagem corporal como da investigação na dinâmica psicológica da gravidez” (Richardson, 1990: 94).

3.1. A VIVÊNCIA DO CORPO

3.1.1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Na investigação psicológica sobre o corpo, deparamo-nos antes de mais com a necessidade de clarificar os conceitos associados a esta dimensão.

Multiplicidade de conceitos

Pylvanainen (2003) vai ao encontro desta nossa preocupação, denunciando as dificuldades de conceptualizar e delimitar o conceito de imagem corporal que tem sido equacionado em termos de esquema corporal, *body cathexis*, atitude em relação ao corpo (*body attitude*), *body-ego feeling*, *body-ego* ou *self corporal*. Este conceito parece incluir uma vasta gama de dimensões relacionadas com o corpo, desde percepções, sensações, afectos, representações, imagens, associações, e valores culturais, como aquela autora enumera, traduzindo a dispersão e a indefinição por nós sentida na pesquisa bibliográfica desta questão. Como O'Shaughnessy (1995, cit por Pylvanainen, 2003) refere, “o conceito imagem corporal é em larga medida ‘desinformado’, vago ou malformado” (p. 188).

Tentando sistematizar a investigação psicológica sobre o corpo, Strauss e Appelt (1990) distinguem duas abordagens principais. Por um lado, estariam as teorias da percepção que recorrem à noção de “esquema corporal” para descrever a representação do corpo (como um todo e as suas partes) para o sujeito, numa tentativa de objectivar a percepção subjectiva do corpo (muitas vezes no contexto das perturbações alimentares). Por outro lado, aqueles autores referem as teorias da personalidade que abordam a experiência corporal do ponto de vista do constructo imagem corporal, incluindo também aqui os conceitos de consciência corporal, fronteira corporal, *body cathexis* e experiência corporal. O termo “consciência corporal” é descrito como a representação verbal consciente das características corporais (Fisher, 1986); o termo “fronteira corporal”, descrito no contexto de uma teoria do desenvolvimento da personalidade, refere-se à medida em que o indivíduo se percebe como distinto do seu contexto (Fisher & Cleveland, 1958); o conceito de “body cathexis”

foi definido como o grau de satisfação com o corpo como um todo e suas partes (Secord & Jourard, 1953); o conceito de “experiência corporal” refere-se à experiência consciente do corpo e à atitude de um indivíduo face ao seu corpo como um todo (Strauss & Appelt, 1990).

Conceito de imagem corporal: multiplicidade de perspectivas

A investigação psicológica sobre o corpo tem valorizado claramente a utilização do conceito imagem corporal, descrito de diferentes formas na literatura: como uma representação mental do próprio corpo (Schilder, 1950), como uma referência individual ao corpo como experiência psicológica (*“body image as an individual’s reference to the body as a psychological experience”*, Fisher & Cleveland, 1958), é a representação individual dos aspectos conscientes e inconscientes relativos ao corpo, compreendendo a atitude do indivíduo em relação ao seu próprio corpo, a percepção pessoal de espaço e limite corporal, a relação com o seu contexto e as qualidades sensoriomotoras (Becker, 1993).

As diferentes perspectivas sobre o conceito evidenciam aspectos relevantes que ajudam a melhor compreender a sua complexidade.

Abordando esta multiplicidade de definições, Gallagher (1995, cit. por Pylvanainen, 2003) enumera diferentes formas como a imagem corporal tem sido conceptualizada: como um modelo consciente, como uma representação mental, como uma imagem inconsciente, como um padrão de organização das experiências corporais, como uma colecção de pensamentos, sentimentos e memórias, ou como um conhecimento conceptual relativo “à essência” do corpo. E é numa tentativa de dar resposta à indefinição decorrente desta multiplicidade de perspectivas que Gallagher organiza o conceito de imagem corporal em três aspectos: a) a experiência perceptiva que o sujeito tem do seu próprio corpo; b) a compreensão conceptual que o sujeito tem do corpo em geral (incluindo o conhecimento mítico ou científico); e c) a atitude emocional de um sujeito em relação ao seu próprio corpo. Neste sentido, a imagem corporal de um indivíduo contém uma dimensão perceptiva ou experiencial, uma dimensão cognitiva e uma dimensão emocional (sentimento ou atitude geral face ao próprio corpo). Esta distinção entre os aspectos experienciais, emocionais e cognitivos será, no entanto, um pouco artificial pois, como Orbach e Mikulincer (1998) referem, ao longo

do processo de desenvolvimento, os aspectos perceptivos, experienciais, cognitivos e afectivos do *self corporal* desenvolvem-se numa complementaridade recíproca.

Integração de Conceitos

Paivi Pylvanainen (2003), reinterpretando os trabalhos de Schilder sobre a imagem corporal), desenvolve muito recentemente toda uma reflexão sobre o conceito de imagem corporal, valorizando tanto a sua definição e conceptualização, como as suas potencialidades em termos de intervenção psicoterapêutica. Esta autora apresenta também um modelo próprio de conceptualização da imagem corporal, definindo-a como a experiência psicológica compreendida por três aspectos distintos: a) a aparência corporal (*image-properties*), descrita como a imagem do próprio corpo, a forma como o corpo aparece ao sujeito; b) o *self-corporal*, que compreende as diversas sensações corporais, traduzindo as experiências corporais no sentido mais estrito do termo; e c) o *memória corporal* descrita como o reportório individual de experiências corporais passadas, incluindo aspectos conscientes e inconscientes.

Este modelo proporciona uma compreensão de diferentes aspectos relevantes da relação com o corpo pelo que será discutido com maior detalhe.

O reducionismo da aparência corporal

O constructo *aparência corporal*, descrito como o aspecto visual, a imagem exterior, o “*look*” do corpo, que valoriza a experiência visual na construção desta percepção do corpo¹³, é muito semelhante à concepção tradicional (e generalizada) da imagem corporal (normalmente no contexto da compreensão e intervenção nas perturbações alimentares), que faz sobrepôr o conceito de aparência física ao conceito de imagem corporal. Tal sobreposição é criticada por Pylvanainen (2003) na medida em que sobrevaloriza os aspectos exteriores da imagem corporal, numa perspectiva reducionista, simplista e superficial deste conceito. Cash (1990) representa o

¹³ Este constructo inclui também um conjunto de crenças sobre o corpo, influenciado por atitudes e idealizações culturais (construção cultural / social das crenças relativas à aparência física). Estas características da aparência física podem ser articuladas e expressas com facilidade, muitas vezes numa perspectiva do “corpo-objecto”, o corpo que se “tem” (“tenho” olhos azuis, ou “tenho” cabelo grande), podendo incorporar até objectos como roupas ou outros acessórios (como os óculos, por exemplo). Há uma ênfase da comparação avaliativa da aparência física corporal com modelos socialmente construídos de beleza / aparência.

paradigma desta sobrevalorização, ao identificar a investigação sobre a imagem corporal como a “psicologia da aparência corporal” (Cash, 1990, p.6). Assim, para aquela autora, a aparência física não seria mais do que uma das dimensões da relação com o corpo, eventualmente a mais “acessível” ou “superficial”, mas que não explica totalmente a relação com o corpo.

O nível experiencial da dimensão corporal

O segundo conceito proposto por Pylvanainen (2003) é o de *self corporal*, definido como “a experiência quinestésica, emocional e cognitiva total que ocorre quando o indivíduo atende à sua dimensão física” (Dosamantes-Alperson, 1981, p. 35, citado por Pylvanainen, 2003). Para Pylvanainen (2003), o *self corporal* refere-se ao nível da experiência actual e concreta do próprio corpo (a experiência corporal no aqui e agora, as impressões e respostas sensoriais), contestando assim a sobrevalorização dos aspectos representacionais sobre os experienciais na abordagem da dimensão corporal. Esta autora considera que diferentes níveis de qualidade do *self corporal* correspondem a diferentes graus da capacidade do indivíduo atender às sensações e respostas corporais na interacção. Pylvanainen (2003) acrescenta ainda que, a promoção desta sensibilidade do *self corporal* (ie, da sua capacidade para atender às experiências e mensagens corporais), desenvolverá, quer as competências relacionais (empatia e intimidade), quer a integridade do *self* (identidade) nas situações relacionais.

Valorização da memória corporal: natureza organizativa e representacional da dimensão corporal

A *memória corporal*, mais do que “um armazém” de memórias relativas a diferentes experiências corporais passadas, constitui um modelo organizado que condiciona as percepções corporais, pois as impressões ou experiências corporais são filtradas, organizadas e “significadas” por este modelo. Pylvanainen (2003) considera que a *memória corporal* proporciona uma referência na avaliação das sensações correntes, que contém o reportório de respostas corporais, e que armazena e organiza as experiências do sujeito ao longo do seu percurso de vida. Este modelo de organização do *self* é construído com base numa organização da experiência passada, mas, por outro lado, este esquema mental ou modelo do *self*, também modifica as impressões resultantes dos estímulos sensoriais, ie, também influencia essas experiências

corporais. Pylvanainen (2003) considera que as experiências corporais são mediadas pelas representações mentais da imagem corporal (não sendo independentes do nível representacional, pois é ele que as filtra, organiza, relaciona e atribui significado). Assim, esta autora reconhece uma relação muito estreita entre a *memória corporal* e o *self corporal*, em que cada momento “vivido” pelo *self corporal* será armazenado e organizado na *memória corporal*, que, por sua vez, proporciona ao indivíduo uma referência para a avaliação das experiências corporais correntes e para o reconhecimento e a expressão de respostas corporais familiares. Desta forma, há uma ligação estreita entre a *memória corporal* e o *self corporal* na experiência corporal em cada momento. Como a *memória corporal* funciona como referência na avaliação das sensações correntes, a activação dos seus conteúdos molda o tipo de comportamento que o *self corporal* desenvolve nesse momento presente, privilegiando-se os processos de construção de significado para as experiências corporais.

De qualquer forma, Pylvanainen (2003) considera que as experiências corporais também têm significado psicológico *per se*, anterior ou independente das imagens mentais ou representações cognitivas, não se diluindo na definição de modelo de representação mental do corpo.

Também Casey (1987) se refere precisamente ao conceito de *memória corporal*, descrevendo-o como a forma como o corpo evoca e armazena as experiências relativas ao *self*. Casey identifica três esferas da *memória corporal*: 1. a *memória corporal* habitual (a experiência do corpo no quotidiano e que proporciona um sentido de coerência, de continuidade, de segurança e de familiaridade corporal); 2. a *memória corporal* traumática (a experiência corporal dolorosa); e 3. a *memória corporal* erótica (compreendida pelas experiências de prazer, essencialmente de natureza interpessoal). Casey (1987) acrescenta ainda que estas memórias corporais são não-verbais (*wordless*) e independentes da vontade consciente. Pylvanainen (2003) valoriza justamente este papel da *memória corporal* na construção das experiências de coerência, continuidade e familiaridade, fundamentais ao sentido do *self*.

Perspectiva integrada da experiência do corpo: crítica ao modelo de Pylvanainen

Esta conceptualização da organização da experiência corporal de Pylvanainen (2003) proporciona-nos uma articulação das experiências corporais, propriamente ditas, com a representação mental da aparência corporal e com o modelo organizado e organizador

da representação do corpo, valorizando a construção desenvolvimental idiossincrática desse modelo. Este modelo permite-nos abordar os diferentes aspectos envolvidos na experiência do corpo, numa ferramenta conceptual rica que nos proporciona uma compreensão mais aprofundada desta dimensão.

No entanto, podemos, ainda assim, questionar a separação proposta entre aqueles aspectos da imagem corporal.

Assim, não parece muita clara a distinção apresentada entre a *aparência corporal* (representação mental do corpo), e a *memória corporal* (modelo de organização das experiências corporais). Faria mais sentido conceber a representação mental do corpo (*aparência corporal*) como um dos aspectos do modelo mais geral de organização da experiência corporal (a que Pylvanainen chamou de *memória corporal*), pois aquela dimensão resultará naturalmente do modelo de organização do *self* ¹⁴.

A distinção entre o *self corporal* e *memória corporal* também não parece fazer muito sentido pois, por um lado, o *self corporal* seria construído com base na sua história desenvolvimental (a *memória corporal*), e, por outro lado, a *memória corporal* traduzir-se-ia numa relação com o corpo actual (o *self corporal*). A própria autora enfatiza que as experiências corporais do *self corporal* (nível experiencial) não são independentes do nível representacional que as filtra, organiza, relaciona e lhes atribui significado (Pylvanainen, 2003). O conceito de *self* associado a esta questão ajuda a ilustrar esta ligação em que o *self* que actua, que sente e que pensa é construído num processo desenvolvimental, tratando-se simplesmente de duas faces da mesma moeda.

A distinção entre os aspectos perceptivos da *aparência corporal* e os aspectos experienciais do *self corporal* também parece ser pouco relevante, constituindo apenas diferentes tipos de experiências corporais, ambas com impacto na vivência do *self corporal* e ambas mediadas e mediadoras pelo modelo de relação com o corpo (*memória corporal*).

Portanto, seria preferível considerar-se um único constructo estrutural, constituído por diferentes facetas, mas, não se esgotando no seu somatório. Esta proposta é consistente com os trabalhos de Orbach e Mikulincer (1998) que, apesar das diferentes dimensões corporais que identificam na avaliação e compreensão da relação com o

¹⁴ A principal distinção entre estes dois conceitos propostos poderá estar no facto de este modelo do *self* construído sobre as experiências corporais passadas e organizado num esquema mental (*memória corporal*), ter aspectos conscientes e inconscientes, enquanto a dimensão *aparência corporal* parece referir-se ao nível consciente desta representação mental.

corpo, também concluem que é preferível considerar-se um único constructo, referindo-se a um sentido mais geral da experiência corporal. Este “sentido corporal geral” traduzir-se-ia de forma semelhante e integrada em diferentes aspectos (complementares) da relação com o corpo.

Conceito de “vivência do corpo”

Assim, apesar de a maioria da investigação psicológica sobre o corpo se reportar ao conceito de imagem corporal, não encontramos uma definição consensual deste constructo adoptada pelos diferentes investigadores. Pelo contrário, encontramos, debaixo deste grande “guarda-chuva”, uma grande diversidade de perspectivas e abordagens. Estas abordagens não se esgotam nas questões da aparência física e da percepção e satisfação relativas a essa aparência, sendo possível – como já vimos – encontrar também algumas formulações desenvolvimentais, representacionais, experienciais ou relacionais, evidenciando diferentes aspectos da dimensão psicológica do corpo. Deste modo, esta diversidade é enriquecedora na medida em que as diferentes formas como o conceito de imagem corporal é construído na literatura apresentam aspectos diversificados, muitas vezes complementares, que traduzem a complexidade da vivência psicológica do corpo. Para melhor recuperarmos e articularmos as diferentes contribuições, propomos que se considere uma integração dos diferentes componentes e níveis da relação com o corpo referidos. Propomos a utilização de um constructo que não se confunda com aqueles tradicionalmente mais usados, pelas ambiguidades que estes comportam em termos de definição. Mas são valorizadas simultaneamente as diferentes abordagens desenvolvidas por outros autores, na medida em que apresentam contributos relevantes para a compreensão da relação com o corpo.

Portanto, parece fazer mais sentido falar-se simplesmente em vivência do corpo, evitando-se a multiplicidade e a ambiguidade que o termo imagem corporal comporta. Além disso, proporciona uma perspectiva mais consistente com as hipóteses e grelhas de análise privilegiadas, ao enfatizar quer a sua natureza representacional (organizativa da experiência psicológica), quer a sua natureza histórica e desenvolvimental.

Nesta revisão, manter-se-á, no entanto, a designação imagem corporal ou outras designações originalmente utilizadas pelos autores referenciados, mas pretendendo-se contribuir para a compreensão da relação com o corpo, integrando os

desenvolvimentos teóricos e empíricos desenvolvidos de acordo com diferentes conceitos e perspectivas

3.1.2. NATUREZA HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTAL DA VIVÊNCIA DO CORPO

Esta forma de abordar a dimensão psicológica do corpo permite evidenciar a sua natureza histórica e desenvolvimental, em que será naturalmente com base na organização da experiência passada que é construído este modelo de organização do *self*. Como Richardson (1990) refere, “a experiência corporal está inundada pelas respostas emocionais que derivam das interações passadas e presentes, imaginárias ou reais com os outros” (Richardson, 1990: 94), consistente com a perspectiva de Orbach (2004, 141) que refere que “*body subjectivity has a developmental history*”, ou como diz Schilder (1950, cit. por Richardson, 1990), as experiências corporais “*are embraced within the self system*”, o que é reforçado pelos estudos de Orbach e Mikulincer (1998) que evidenciam a associação da relação com o corpo com a percepção dos cuidados maternos precoces, com a superprotecção materna, e com a auto-estima, enfatizando a relevância da experiência corporal na compreensão do funcionamento e desenvolvimento psicológico.

Desta forma, a experiência corporal é melhor compreendida em termos de uma estrutura idiossincrática de relação com o corpo, na linha da teoria desenvolvimental da *imagem corporal* de Schilder (1950) para quem a *representação mental do corpo* adulto depende da resolução dos estádios desenvolvimentais anteriores. Esta concepção relaciona a resolução dos estádios desenvolvimentais de organização da *imagem corporal* da infância e da adolescência com a qualidade da organização da *imagem corporal* do adulto.

A base do desenvolvimento desta estrutura seria construída na interação corporal estabelecida com os outros; neste sentido, é possível destacar a relação precoce estabelecida com a mãe como uma forma primeira de interação corporal (Orbach & Mikulincer, 1998; Bowlby, 1969; Pipp, 1990 ¹⁵) na qual ocorreria a co-construção de

¹⁵ Pipp (1990) considera que a interação mãe-bebé precoce é constituída pela acção resultante do *self* corporal da mãe e do bebé. Bowlby (1969) considerava que a ligação corporal seria a forma mais básica e primitiva de “*bonding*”.

padrões de proximidade e responsividade física (em paralelo com a comunicação de estados emocionais e a construção de uma sintonia afectiva). Aquele padrão precoce de relação com o corpo fornece assim uma base, um ponto de partida, que o sujeito activamente reconstrói e que, ao longo do seu desenvolvimento (nas diversas tarefas desenvolvimentais com que se depara e nas diferentes relações que estabelece) é reformulada e actualizada na construção de uma estrutura idiossincrática de relação com o corpo.

Esta estrutura pode valorizar mais ou menos as “mensagens” corporais (Low, 1994) na expressão e na experienciação do *self*, o que é consistente com a descrição de *self corporal* como podendo apresentar diferentes graus de sensibilidade às sensações e respostas corporais (Pylvanainen, 2003). Assim, ao longo do desenvolvimento da relação com o corpo há que aprender a reconhecer e integrar as “mensagens” (experiências) corporais para lidar com elas de uma forma adaptativa (e não ignorá-las, submetendo-as ao funcionamento cognitivo) (Low, 1994). Richardson (1990) lembra-nos que “as experiências corporais tanto representam desejos, como assinalam ameaças” (Richardson, 1990: 94). Assim, as “mensagens” corporais deverão ser valorizadas como uma forma poderosa de conhecimento (do *self* e do outro) e de relação (o que é bem ilustrado pela experiência gravídica). Também para Pylvanainen (2003) a promoção do desenvolvimento da relação com o corpo (que envolve a capacidade de atender às experiências corporais) promove a identidade e a relação, consistente com a perspectiva de Agostinho Ribeiro (1996). A desvalorização da experiência corporal (pelo sujeito ou os outros), pode provocar discrepâncias internas, *ie*, um desajuste entre a *memória corporal* e as novas exigências com que se defronte (*self corporal*). Desta forma, estas discrepâncias constituem oportunidades de desenvolvimento psicológico, já que despoletam um sentimento interno de desajuste e de desequilíbrio quando o seu padrão de funcionamento não lhe permite dar uma resposta satisfatória às novas exigências, que se constituem assim numa tarefa desenvolvimental (mudança ao nível daquilo a que Pylvanainen chamou *memória corporal*).

Esta noção de que a organização da imagem corporal pode ser “*suboptimum*” é consistente com a teoria desenvolvimental da imagem corporal de Schilder (1950) que considera que a *representação mental do corpo* adulto como adequado, completo ou

íntegro depende da resolução satisfatória dos diferentes estádios desenvolvimentais. A não resolução satisfatória dos conflitos desenvolvimentais contribuiria, segundo este autor, para a construção de uma *representação mental do corpo* como frágil, fragmentada, inflexível, vulnerável ou mesmo, no limite, estruturalmente distorcida (Richardson, 1996).

Também Orbach e Mikulincer (1998) abordam a qualidade da relação com o corpo, a que chamaram “*investimento emocional no corpo*”. Estes autores destacam o “*bodily love vs body rejection*” referindo-se a um sentido mais geral da experiência corporal, construído como positivo ou negativo, envolvendo atitudes e sentimentos (positivos ou negativos) face ao corpo, mediadores do prazer e satisfação corporal. Também para estes autores a qualidade da relação com o corpo resulta de um processo desenvolvimental e destacam neste processo as experiências corporais precoces. Nas experiências corporais precoces relevantes para a construção do *self corporal* que estariam na base do *self* mental, Orbach e Mikulincer (1998) destacam as sensações auditivas, visuais e quinestésicas, o contacto físico, as experiências psicofisiológicas internas, a satisfação das necessidades, as reacções parentais ao corpo do bebé e a tonalidade afectiva geral da relação pais-filhos (Kruger, 1989; Van der Velde, 1985, citados por Orbach & Mikulincer, 1998).

Consistente com esta perspectiva desenvolvimental, Rosen e colaboradores (1997) exploram as experiências críticas para a construção da *imagem corporal*, identificando momentos, situações e relações-chave (acontecimentos de vida significativos) ao longo do percurso de vida do sujeito (com amostras clínica e não clínica) em termos do seu impacto na qualidade da relação com corpo em diferentes estádios do desenvolvimento (infância, adolescência, idade adulta, ...). É no contexto deste processo desenvolvimental de organização da relação com o corpo que se destaca a experiência da gravidez enquanto estágio (crítico) de desenvolvimento adulto.

3.1.3. NATUREZA RELACIONAL DA IMAGEM CORPORAL

É consensual a valorização das experiências relacionais na construção da imagem corporal¹⁶ (Schilder, 1950; Fisher & Cleveland, 1958; Pylvanainen, 2003; Ribeiro, 1996; Rosen et al, 1997; Barbosa & Costa, *in press*; Orbach & Mikulincer, 1998; Orbach, 2004). Para Fisher e Cleveland (1958), a *imagem corporal* de um indivíduo é um indicador “fino” das suas relações significativas e ajuda o indivíduo a definir a sua identidade no mundo. Também, para Chace (1993, cit por Pylvanainen, 2003), a imagem corporal constrói-se nas experiências relacionais do indivíduo, ie, na relação com os outros. Assim, a imagem corporal será primariamente uma co-construção, definida de acordo com as experiências resultantes dos comportamentos e atitudes dos outros. Também para Gross (1988, cit por Pylvanainen, 2003), a evolução da imagem corporal resulta de um processo desenvolvimental no contexto das relações objectais (contendo aspectos conscientes e inconscientes). Para Schilder (1950), há uma relação estreita entre a forma como o indivíduo experiencia o seu próprio corpo e a forma como percebe o corpo dos outros.

Pylvanainen (2003) reformula a concepção de Schilder¹⁷, descrevendo a dimensão relacional do *self corporal* de uma forma muito interessante:

“there is a very close connection between one’s *body-self* and the *body-selves* of others.” (p. 235); “We desire the relation of our *self corporal* with the *self corporal* of the other.” (p. 237); “The relation to the *body-selves* of others is determined by the factor of spatial nearness and remoteness and by the factor of emotional nearness and remoteness” (p. 240); “everybody builds his own *self corporal* in contact with others; there is constant giving and taking so that many qualities of the *body-selves* are common to persons who interact and are in emotional relation to each other” (p. 273).

Pylvanainen (2003) apresenta também a forma como Stern (1989) descreve o desenvolvimento do *self corporal* na interacção com os outros. Numa 1ª fase, em que

¹⁶ Manter-se-á as designações originais utilizadas pelos autores referenciados, mas pretende-se contribuir para a compreensão da relação com o corpo, integrando os desenvolvimentos teóricos e empíricos desenvolvidos de acordo com diferentes conceitos e perspectivas, tal como foi já explicado.

¹⁷ Pylvanainen propõe que se substitua o termo *body-image* pelo termo *body-self* para melhor se compreender e “aproveitar” as concepções de Schilder.

ocorre a emergência do sentido do *self*, a organização do mundo perceptivo e experiencial começa por se centrar em torno do próprio corpo. Estas experiências corporais consolidam o sentido nuclear do *self*, o que inclui o sentido de “agency”, de integridade e de continuidade (*self-history*), que são essenciais ao funcionamento psicológico ao longo da vida. O sentido relacional nuclear (*core relatedness*) constitui para este autor a característica principal deste sentido primário do *self*¹⁸. Refere-se à experiência de ligação (“*being with the other*”), que está na base da construção da estrutura de funcionamento psicológico desde a infância e ao longo de toda a vida. Numa 2ª fase, em que emerge o sentido subjectivo do *self*, o indivíduo toma consciência daqueles sentimentos, intenções e motivações, ie, reconhece os próprios estados mentais. Este reconhecimento reflecte-se numa ligação intersubjectiva (*intersubjective relatedness*), construída pela partilha de intenções e de estados afectivos, que o autor designou de empatia. Entre o sentido do *self* (ou identidade) e o sentido subjectivo do *self* (ou intimidade) haverá uma relação de interdependência funcional e desenvolvimental. Assim, para Stern (1989), estas duas fases não são mutuamente exclusivas, uma substituindo a outra, mas, pelo contrário, coexistem e interagem ao longo do percurso de vida do sujeito, estando na base quer da construção da identidade quer da construção da intimidade (física e psicológica).

Assim, e retomando a enriquecedora abordagem de Pylvanainen (2003), tanto a *qualidade* como os conteúdos do *self corporal* são influenciados significativamente pela interacção com os outros.

A valorização da dimensão relacional no funcionamento e desenvolvimento do (*self corporal*) abre novas portas e caminhos para a intervenção neste domínio. Numa crítica à descrição da imagem corporal em termos de “representação mental do corpo” (Schilder, 1950), Pylvanainen (2003) considera que esta definição não explica as implicações psicoterapêuticas deste constructo, na medida em que aquela autora considera que o nível representacional não explica suficientemente o funcionamento e desenvolvimento psicológicos, propondo em alternativa a valorização das dimensões relacionais (a que chama a dimensão das relações objectais da imagem corporal) na compreensão e intencionalização da mudança psicoterapêuticas.

¹⁸ Para Stern (1989), “todos os acontecimentos que regulam os sentimentos de vinculação, de proximidade física e de segurança são experiências co-construídas” (Stern, 1989, p.102).

Mas o nível representacional e o nível relacional, longe de serem “opostos”, são duas formas complementares de compreender (e construir) o funcionamento e o desenvolvimento da estrutura de relação com o corpo. Ou, fazendo nossas as palavras de Agostinho Ribeiro (1996), a experiência subjectiva do corpo é um “componente estrutural da identidade e variável mediadora da relação” (Ribeiro, 1996).

Esta ligação entre as dimensões corporais e as dimensões relacionais está patente de forma esclarecedora na conclusão que Susie Orbach (2004, 149) apresenta no seu estudo sobre o papel do corpo na psicoterapia, em que a autora, depois de referir que

“the body has its own history arising out of the attachment nexus and the internalization of the bodies of its caregivers and the bodies they are able to recognize in their infants and children” (Orbach, 2004, 141).

Mais ainda, refere a mesma autora que *“bodies are not born but are acquired in relationship with key caregivers”* (idem, 141), permitindo-lhe concluir que,

“attachment theory with its notion of the human as essentially a social animal doing its learning in the context of attachment relationships, is specially well placed to enhance our understanding of how the (...) subjectivity of the body develops”

e continua, acrescentando que

“What I have been able to understand so far is that the body is made in relationship: to paraphrase Simone de Beauvoir, the body is made, not born. The details of how it is made and the ways in which it may be needed to be unmade and remade within the context of a therapy relationship are yielding interesting and challenging clinical material, which will in time rebalance the overemphasis, I believe psychoanalysis has brought to the study of mental processes” (Orbach, 2004, 149).

3.1.4. A VIVÊNCIA DO CORPO E A IDENTIDADE

Esta forma de compreensão da vivência corporal levanta a necessidade de clarificar as relações e as distinções entre o *self corporal* e o *self* “mental”.

Com o alargamento da concepção do papel da vivência corporal na identidade não se pretende sobrepor aquele a este conceito. Procura-se, sim, valorizar o papel da vivência corporal no funcionamento e no desenvolvimento psicológico, contrariando-se a tendência generalizada para uma perspectiva do sujeito psicológico *como uma “alma sem corpo”* (Ribeiro, 1996; ou fenomenológicos e existencialistas como Merleau-Ponty). Se é inegável que essa vivência corporal é indissociável das emoções, dos significados e das acções do sujeito psicológico, também é verdade que a dimensão corporal tem sido largamente desvalorizada em relação a outras dimensões psicológicas. Orbach e Mikulincer (1998) abordam esta questão de um ponto de vista desenvolvimental, lembrando que a própria construção do *self* está alicerçada nas experiências corporais precoces. Para estes autores, ao longo do processo de desenvolvimento, os aspectos experienciais, cognitivos e afectivos do *self corporal* desenvolvem-se numa complementaridade recíproca, formando, desta forma, o sentido mais geral do *self*. Mas estes autores explicam que as relações recíprocas entre o *self corporal* e o *self* “mental” oscilam ao longo da vida, tanto no funcionamento adaptativo como no funcionamento patológico (evocando Erikson, 1971; e Fisher, 1986). Agostinho Ribeiro (1996) vai mais longe, defendendo que “a resolução de muitos problemas identitários e relacionais passa pela análise da relação com o corpo” (Ribeiro, 1996).

A proposta de Stern (1989) (na tentativa de descrever o desenvolvimento do *self corporal*) pode ajudar a clarificar a relação entre os dois conceitos. Este autor destaca o papel das experiências corporais na emergência do sentido do *self* (proporcionando o sentido pessoal de “agency”, de integridade, e de continuidade que lhe são essenciais). Estas experiências corporais são depois reconhecidas em termos de sentimentos, intenções e motivações (, ie, em termos de estados mentais), num segundo momento. Stern (1989) considera ainda que estes dois processos de constituição do sentido do *self*, a partir da integração das experiências corporais e de transformação das experiências corporais em estados mentais, estão na base quer da construção da identidade quer da construção da intimidade (da relação).

Este papel do corpo na construção psicossocial da identidade é também abordado por Agostinho Ribeiro que distingue dois processos psicológicos diferentes. Ribeiro (1996) considera que a corporalidade engloba um aspecto expressivo e um aspecto experiencial, pois o corpo está envolvido de uma forma central, tanto na vivência como na comunicação dos estados pessoais, podendo ser visto como forma de expressão do sujeito individual: uma representação do *self*, “um espelho da alma” (Ribeiro, 1996). Assim, o corpo funciona como expressão da identidade e, ao mesmo tempo, como uma forma de construção da identidade. De facto, o papel que é atribuído à forma visível de ser e agir do corpo e a conduta social estão, em geral, estreitamente associados, e os indivíduos têm de negociar constantemente com os outros as suas mudanças corporais (Ribeiro, 1996).

De qualquer forma, o papel da relação com o corpo no funcionamento e desenvolvimento psicológico será melhor explorado na análise desenvolvida no próximo capítulo sobre a *Vivência do corpo grávido*. Assim, a vivência corporal da gravidez proporcionará uma compreensão mais aprofundada da ligação entre estes dois conceitos, na compreensão de uma transição desenvolvimental concreta. A experiência da gravidez permitirá reflectir mais especificamente sobre o papel do corpo no desenvolvimento psicológico.

3.2. DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA CORPORAL NA GRAVIDEZ

É portanto no contexto deste processo desenvolvimental de organização da relação com o corpo que se destaca a experiência da gravidez enquanto estágio de desenvolvimento adulto. Mas, o papel do corpo no desenvolvimento psicológico é muito mais valorizado na criança e no adolescente, apesar de ter uma grande importância ao longo de todo o ciclo de vida, com tarefas específicas e distintas, tais como aquela suscitada pela gravidez, que envolve novas descobertas das fronteiras do corpo e uma percepção de estados corporais diferenciados, a par de novas funções e significados para as experiências corporais.

No estudo da influência da vivência corporal no desenvolvimento da identidade do adulto, é assim possível destacar a primeira gravidez como um acontecimento de vida normativo (nas mulheres) que reúne claramente os dois níveis de mudança psicológica: ao nível da vivência corporal, são óbvias as mudanças e experiências corporais; ao nível do processo de desenvolvimento da identidade, é também evidente o forte desafio que é colocado pelo novo papel. A experiência (corporal) da gravidez permite, ainda, destacar a dimensão relacional do funcionamento e desenvolvimento do *self corporal*.

Assim, a proposta de exploração da experiência da gravidez tem como objectivo contribuir para a compreensão da vivência do corpo no adulto e sua importância nas relações significativas que estabelece e que são *o palco e o motor do seu desenvolvimento* psicológico.

De facto, toda a desinquietante experiência da gravidez pode desafiar os padrões habituais de vivência do corpo (a *memória corporal* de Pylvanainen, 2003). Assim, enfatizamos a afirmação de Pereira (1996) que, a partir da sua análise de caso acerca da construção feminina da noção de corpo, considera que, na gravidez, além de todos os processos de mudança normalmente referidos na literatura (nomeadamente a relação com a mãe, a relação com o companheiro, a relação com o *self*), há também uma mudança ao nível do *self corporal*, especialmente pela relação com o bebé (e depois com a criança) que lhe exige um padrão de interacção corporal novo que lhe deverá suscitar uma flexibilização e uma reorganização da forma como gere as distâncias/proximidades físicas e psicológicas.

Neste sentido, a vivência corporal da gravidez é um óptimo analisador do *self corporal*. De facto, as desafiantes experiências corporais da gravidez deverão ser valorizadas e integradas pela grávida como uma forma poderosa de relação (conhecimento e interacção) com o bebé, exigindo um padrão de funcionamento corporal mais complexo e sofisticado, constituindo-se, assim, numa tarefa de desenvolvimento do *self corporal* (Rosen et al, 1997). A grávida tem que reconhecer e valorizar as suas experiências corporais, atribuindo-lhes significado e integrando-as numa forma de organizar a vivência do corpo, face ao *self* e à relação com o outro. A vivência corporal da gravidez implica, deste modo, uma nova forma de a mulher se perspectivar a si própria como um ser profundamente *corpo*, contribuindo esta tarefa desenvolvimental para a construção de um *self* mais unitário, coerente e flexível que integre cada vez mais a vivência corporal, quer no padrão de construção de significados quer no padrão de relação com o outro. Assim, a vivência corporal da gravidez implica uma mudança na forma de experienciar a sua relação com o *self* (construção da identidade de mãe) e a sua relação com os outros, como uma relação que, ao longo de toda a gravidez, vai sendo mediada de forma progressivamente mais intensa pelas transformações corporais. Este processo ocorre não só em relação à interacção cada vez mais evidente e significativa com o bebé, através das mensagens corporais (processo de construção da vinculação prenatal); este processo ocorre também em relação aos elementos com quem a grávida vai interagindo ao longo do processo gravídico, e que, quer sejam mais ou menos próximos e significativos, vão-se envolvendo cada vez mais com a mulher em função do seu corpo grávido (contribuindo também para a construção da sua identidade materna). Não só o próprio companheiro altera a sua visão da mulher, que da imagem de mulher-companheira passa a assumir também a imagem de mulher-mãe (o que nem sempre é fácil de gerir para a mulher e para o seu companheiro), como também todos os elementos que com ela interagem passam a fazê-lo de uma forma diferente, necessariamente mediada pelas suas transformações corporais. Um bom exemplo é o papel que a “barriga” pode assumir nas interacções sociais da grávida. Assim, assiste-se a uma maior integração das experiências corporais tanto no relacionamento com o *self* como no relacionamento com o outro (seja o bebé, o companheiro, a família e os elementos significativos da mulher, bem como toda a sua teia relacional: colegas de trabalho e elementos da comunidade), passando a assumir cada vez mais, ao longo de toda a gravidez, o papel do corpo como elemento de identidade e de relação (na linha

da proposta de Ribeiro, 1996), nomeadamente ao nível da construção da identidade materna e da construção da relação com o bebé, destacando-se o papel das “mensagens corporais” na construção da identidade de mãe e na construção da representação e do envolvimento emocional com o bebé.

Mas, no processo de desenvolvimento da identidade, como já vimos, nem sempre é construída uma relação com o corpo que valorize e integre a dimensão corporal de forma flexível e adaptativa. A experiência corporal da gravidez, ao desafiar os padrões habituais de vivência do corpo, confronta o *self* com a necessidade de construir um novo padrão de funcionamento comportamental, emocional e cognitivo, no sentido de uma maior flexibilização e complexificação que lhe permita lidar com a sua (nova) corporalidade.

3.3. VIVÊNCIA CORPORAL NA GRAVIDEZ

3.3.1. O PAPEL DO CORPO NA GRAVIDEZ

Apesar de haver poucos estudos que se debruçam sobre a vivência corporal gravídica, pudemos encontrar alguns estudos exploratórios (mais ou menos isolados, muitas vezes em teses não publicadas) que reforçaram esta nossa hipótese da relevância das questões corporais na experiência da gravidez e na relação mãe-bebé (Curtin, 1999; Elwood, 1999; LoBiondo-Wood, 1985; McCarthy, 1999; Pereira, 1996).

Sarah Earle (2003), debruçando-se, precisamente, sobre a vivência das transformações corporais da gravidez (em termos das alterações de tamanho, peso e formas do corpo) recorrendo a entrevistas no início e no final da gravidez numa amostra de 19 primíparas, conclui que, apesar da pouca atenção que se tem dedicado à imagem corporal na gravidez, “as grávidas estão preocupadas com questões relativas à imagem corporal ao longo do processo gravídico¹⁹” (Earle, 2003: 253). Esta autora, além de enfatizar o impacto psicológico das primeiras alterações corporais e da experiência de aumento de tamanho e peso para a grávida primípara, evidencia também o papel e o significado do “mostrar” o corpo grávido e das roupas de grávida.

Peggy Richardson (1990) no seu estudo sobre a vivência das transformações corporais na gravidez, refere mesmo que “a representação física da gravidez funciona como o organizador primário da experiência de maternidade” (Richardson, 1990: 94) e que a identidade materna é definida em torno das experiências e transformações corporais da gravidez.

Neste contexto, voltamos a evocar Agostinho Ribeiro (1996) para reflectir no papel expressivo e no papel experiencial da corporalidade, que funciona como “um espelho da alma” (Ribeiro, 1996) quer em termos de expressão da identidade, quer em termos de construção da identidade. Neste âmbito, a forma como a grávida exhibe - ou pelo contrário esconde - as suas transformações físicas, bem como o seu conforto /

¹⁹ “pregnant women are concerned with issues of fatness and body image throughout the pregnancy process”

desconforto perante a partilha do corpo (especialmente da barriga) com os outros, pode dizer muito, quer da forma como está a vivenciar a gravidez, quer da forma como está a resolver esta tarefa de desenvolvimento do *self corporal*.

3.3.2. PAPEL DO CORPO NAS TAREFAS PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ

Assim, se, por um lado, se reconhece o impacto da experiência da gravidez na relação com o corpo, também a vivência da gravidez (e a resolução das suas tarefas psicossociais) será influenciada pela vivência corporal. E, de facto, Richardson (1996) verifica que a identidade materna é definida a partir das experiências e transformações corporais da gravidez. Bem como Lai, Tang e Tse (2005) que, estabeleceram uma relação inversa entre a vinculação prenatal e a insatisfação corporal.

Cohen e Slade (2000) referem que, a gravidez implica transformações físicas intensas: há uma alteração dos processos fisiológicos básicos, tais como o sono, a digestão e o apetite, e as alterações hormonais normalmente afectam também o humor e as cognições; ao longo da gravidez a mulher altera significativamente a sua massa e forma corporal. Estas alterações no tamanho e formas corporais e a perda do controlo físico têm implicações psicológicas consideráveis. Além disso, o seu corpo contém temporariamente duas pessoas. Esta realidade física prepara a futura mãe para as profundas alterações na sua realidade psicológica (Cohen & Slade, 2000). Como mãe, ela passará a dedicar muito do seu tempo e energia ao cuidado do filho. Esta dedicação e esta partilha de si têm início durante a gravidez com a partilha e dedicação relativas ao seu próprio corpo. Toda a relação emocional com o bebé está durante a gravidez sedimentada na relação com o corpo grávido. Nesta fase do ciclo parental, o cuidado maternal com o bebé passa antes de mais pelo cuidado, preocupação e atenção com o próprio corpo grávido.

E de facto, Richardson (1996) constatou que as dificuldades de adaptação às mudanças corporais da gravidez parecem reflectir dificuldades na acomodação mental e emocional da mãe ao bebé, o que é consistente com os estudos clássicos de Rubin (1975) sobre a dinâmica psicológica da gravidez que explicava as ligações entre as alterações corporais e o desenvolvimento do comportamento materno.

Assim, podemos dizer que a vivência do corpo e das transformações físicas na gravidez são fundamentais na construção da identidade de mãe e da relação com o bebé. Foi neste sentido que no presente trabalho se considerou fundamental a compreensão da relação da grávida com o seu corpo na avaliação da relação afectiva mãe-bebé.

3.3.3. A ESPECIFICIDADE DA VIVÊNCIA CORPORAL DA GRAVIDEZ

Na tentativa de melhor compreender a especificidade da vivência corporal gravídica, referimos os estudos que exploram a vivência corporal ao longo da gravidez, quer enfatizando a experiência de indiferenciação corporal mãe-bebé, quer reflectindo sobre a forma como a mulher gere diferentemente a relação com o seu corpo na gravidez (o cuidado do corpo), e finalmente, explorando a forma como todas as transformações corporais são vivenciadas ao longo da gravidez. Estes diferentes contributos proporcionam claramente pistas relevantes para a compreensão e a intervenção na relação com o corpo grávido. Assim, na apresentação destas diferentes perspectivas, procura-se identificar as dimensões e os processos psicológicos envolvidos na qualidade da relação com o corpo grávido e sua associação com a construção da relação com o bebé.

A indiferenciação corporal mãe-bebé

Autores feministas evidenciaram a particularidade da vivência corporal ao longo da gravidez e do parto²⁰. Por exemplo, para Grosz (1994), apenas o corpo feminino tem o potencial para experimentar a dualidade corpo-*self* que a gravidez, o parto e a

²⁰ A ênfase na construção social do género que domina os estudos feministas, desvaloriza as diferenças biológicas que possam suportar a desigualdade entre homens e mulheres. No entanto, outros autores feministas argumentam que a diferença das realidades biológicas de homens e mulheres não pode ser simplesmente ignorada, pois as diferentes capacidades do corpo de homens e mulheres condicionam necessariamente o tipo de experiência de uns e outros em relação à reprodução. As mulheres, ao contrário dos homens, têm a capacidade de menstruar, de engravidar, de parir e de amamentar, o que tem implicações profundas nas suas experiências de vida. É importante que os críticos feministas continuem a

amamentação proporcionam, “*the relations (...) between owning and being a body, between subject and object or one subject and another, are not the same for women as for men*” (Grosz, 1994: 108). Trata-se de formas de ser para a mulher que simplesmente não são acessíveis, do ponto de vista da experiência vivenciada, ao homem. De facto, as mulheres são muito mais entendidas como *corpo* do que os homens²¹ e têm corpos menos estanques e mais fluidos.

Também Iris Young (1990) descreve a vivência corporal única que ocorre na gravidez, referindo a experiência de indistinção entre o que é interior e exterior ao *self*. Esta autora refere que a mulher grávida experiencia o seu corpo como descentrado, dividido ou duplicado, como seu e como não seu. Também esta autora realça que, as fronteiras do corpo grávido não estão tão confinadas como as dos outros corpos: “A integridade do corpo é minada na gravidez não só pela externalidade do interior, mas também pelo facto das próprias fronteiras corporais estarem em fluxo. Na gravidez eu não tenho literalmente o sentido claro de onde acaba o meu corpo e começa o mundo” (Young, 1990). Acrescenta, ainda, que esta experiência corporal da gravidez pode ser desconcertante pois envolve uma tensão entre a manutenção de um sentido delimitado do *self*, por um lado, e o facto de ficar embrenhada física e emocionalmente com outro ser, por outro. Para esta autora, esta indefinição de fronteiras (entre si e o bebé) tanto pode ser sentida pela grávida como ameaçadora ou como agradável e gratificante, e descreve diferentes formas de a grávida vivenciar esta experiência corporal da gravidez e da relação com o bebé.

Este processo psicológico de indefinição corporal entre a mãe e o bebé na gravidez, proposto por Grosz (1994) e por Young (1990), poderá melhor ser compreendido à luz da investigação qualitativa de Jonathan Smith (1999b) que, utilizando as Repertory Grids (Kelly, 1955), constatou um “estado” psicológico específico de indiferenciação

realçar “a especificidade da experiência corporal feminina (...) e a discussão em torno das diferenças da experiência corporal das mulheres” (Lupton & Barclay, 1997).

²¹ De facto, verificaram-se diferenças na experiência corporal quanto ao género, com as mulheres a expressarem maior sensibilidade e maior insegurança da sua experiência corporal, em paralelo com uma maior valorização da sua aparência. Mas não se verificaram diferenças de género na avaliação por auto-relato da atractibilidade e da satisfação com o corpo (Strauss & Appelt, 1990).

entre o *self* e os outros²², a que chamou de processo simbiótico. Com base nos seus dados, Smith (1999b) sugere que esta indiferenciação do *self*, característica da gravidez, tem uma função informativa muito significativa para o processo de desenvolvimento psicológico que ocorre neste período, proporcionando mecanismos relevantes para a construção de uma identidade materna e para a resolução das diferentes tarefas psicossociais da gravidez. Assim, esta indiferenciação característica da gravidez, em que Smith (1999b) destacou a indiferenciação entre o *self* e os outros (os elementos significativos da grávida), e em que Grosz (1994) e Young (1990) destacaram a indiferenciação corporal e emocional com o bebé, parece poder ser encarada, não como uma “incapacidade”, uma “imaturidade”, um estágio desenvolvimental inferior, antecedendo o processo de individuação tão valorizado por algumas escolas de inspiração psicodinâmica, mas tratar-se-ia, pelo contrário, de um processo psicologicamente informativo, central à construção da vinculação prenatal parental. Ser mãe (ou pai), mais do que a construção de uma representação cognitiva e racional de identidade materna, é a capacidade de se dar, de partilhar o seu *self* e o seu mundo com um novo ser, de uma forma muito mais intensa que em qualquer outro tipo de relação. Assim, mais do que uma questão de conquistar uma separação psicológica do filho, trata-se de conquistar essa indiferenciação, essa proximidade, essa ligação corporal e emocional, que serve de base ao “*maternal thinking*” de Ruddick (1980) e que a acompanhará ao longo do desenvolvimento do filho. Assim, a construção da identidade materna seria, acima de tudo, a construção de um estado de indiferenciação ou ligação profunda entre o *self* e o filho. Esta indiferenciação, esta entrega de si, mais do que um nível desenvolvimental inferior, tem pelo contrário um nível de exigência psicológica que vai além das exigências das relações de simetria de que se distingue (Gilligan, 1982).

E de facto, Schmied and Lupton (2001), a partir de uma análise de narrativas retrospectivas de grávidas no final da gestação, constataram que poucas participantes descreveram a sua relação com o bebé em termos desenvolvimentais em que se pudesse identificar uma série de estádios evolutivos no sentido da percepção do bebé como um ser vivo distinto. As autoras consideram que estes dados contradizem os

²² Smith (1999) considera que os seus dados evidenciam uma grande indistinção entre as fronteiras interno-externo, *self*-outros, e evoca a afirmação que Rich apresentou em 1977: “(...) a criança dentro de mim não é EU nem NÃO-EU. O ‘dentro’ e o ‘fora’ são para a grávida um contínuo e não uma polaridade”.

pressupostos tradicionais que, na linha das perspectivas psicodinâmicas, valorizam o processo progressivo e linear de diferenciação entre o *self* e o bebé, enquadrando-se na perspectiva clássica do sujeito psicológico “que privilegia as fronteiras bem definidas entre o corpo e o *self* do indivíduo e dos outros” (Schmied & Lupton, 2001: 33). Estes autores consideram que, não só a relação ambígua entre a grávida e o bebé (do corpo e do *self*) não termina no final do 1º trimestre de gravidez, como não será necessariamente compreendida em termos de uma experiência desenvolvimentalmente anterior à experiência de separação. Estes dados são consistentes com a valorização da experiência corporal, não como uma experiência psicológica de um nível anterior (e *inferior*) em relação aos processos de construção de significado mas, como uma experiência necessariamente envolvida nos processos de construção de significado e de desenvolvimento psicológico.

Também Ann Johnson (1991) aproveita a experiência (corporal) da gravidez para questionar a conceptualização do *self* em termos de limites, singularidade, integração, unidade e coerência, propondo que o *self* seria melhor compreendido em termos de *não-integração*. Esta valorização da coerência baseia-se, segundo esta autora, na percepção unitária e bem-delimitada do corpo, que demarca o interno e o externo, o *self* e o outro, o individual e o social.

Johnson (1991), destaca a gravidez como uma experiência corporal que desafia aquelas concepções teóricas dominantes relativas ao valor da integridade, delimitação e singularidade corporais, na medida em que a duplicidade corporal que a caracteriza, contraria muitas das concepções básicas sobre a identidade e reforça a necessidade de uma revisão das conceptualizações do corpo e do *self* (na linha das afirmações de Richardson já referidas na introdução ao capítulo). Johnson (1991) considera que a gravidez evidencia a desadequação da separação *self*-corpo e da separação *self*-outro, valorizando, em alternativa, uma nova concepção do *self* psicológico como “multifocalizado” e “multidimensional”.

De forma menos radical, para Brown, Pipp, Martz e Waring (1993) a compreensão do significado do *self* sugere que os processos de ligação e separação são interdependentes, e referem os estudos de Emde e Buchsbaum (1990) que sugerem que a autonomia e a ligação não só são paralelos, como cada um deles viabiliza o

outro. Desenvolvendo esta ideia, referem que o funcionamento psicológico necessita tanto da diferenciação como da ligação, desde o nascimento.

Esta abordagem é consistente com a investigação desenvolvida à luz da teoria da vinculação que tem evidenciado a complementaridade entre o processo de vinculação e o processo de exploração / individuação, destacando o papel do primeiro sobre o segundo, ainda que sem se referir especificamente à experiência corporal, mas aos processos de desenvolvimento psicológico, de um modo geral.

O cuidado do corpo na gravidez

Apesar das limitações já referidas em termos da investigação desenvolvida no sentido de associar o corpo enquanto objecto de estudo da Psicologia com as variáveis relacionadas com a gravidez, pudemos ainda contar com alguns estudos desenvolvidos por autores da área da sociologia que nos proporcionaram algumas perspectivas interessantes sobre a vivência do corpo específica da gravidez. Anne Murcott (1988), utilizou entrevistas para explorar a gestão que a grávida faz do seu corpo. Para descrever a gestão da relação com o corpo na gravidez, esta autora introduz o conceito de *“looking after yourself”* (cuidado de si / cuidado do corpo), considerando que este conceito permite à grávida compatibilizar as mensagens contraditórias que atravessam a vivência da gravidez, permitindo que a grávida não se veja nem como “doente-inválida” nem como “negligente-desleixada”. De facto, as grávidas são encorajadas a viver *“uma vida normal”*, a *“fazer tudo”* e a experienciar a gravidez com *“normalidade”*, o que é expresso em termos de afirmações como *“eu não estou doente nem inválida: só estou grávida”* e leva as grávidas a enfatizar a continuidade da sua actividade profissional ao longo da gravidez. Porém, por outro lado, as grávidas são, simultaneamente, tratadas como “frágeis”, vulneráveis, quase doentes, sendo esperadas algumas limitações e cuidados com o corpo (como, por exemplo, em relação à saúde e à mobilidade). A autora considera que esta forma de gerir a experiência corporal da gravidez permite as grávidas evitar tanto a super-protecção devida a uma pessoa doente ou inválida, como também a falta de cuidado e preocupação com o

corpo, construindo assim o significado da gravidez como um acontecimento ao mesmo tempo “especial” e “normal” para a mulher grávida²³.

Linguagem corporal da gravidez

Ann Johnson (1991) refere-se mesmo uma relação com o corpo específica da gravidez, a que chamou de uma nova “linguagem” corporal, que estaria patente no *esforço* em que as grávidas se envolvem, na tentativa de *decifrar* o significado dos movimentos estranhos e indefinidos, e das mudanças ou silêncios do seu corpo, *ie*, do seu bebé. Este “esforço” a que Johnson (1991) se refere, poderá traduzir o desafio desenvolvimental que Pylvanainen (2003) descreve em termos de desenvolver a “sensibilidade” do *self corporal*. Esta sensibilidade do *self corporal* que Pylvanainen (2003) descreve como a capacidade de atender às experiências corporais nas situações relacionais (e que estaria associada quer, ao desenvolvimento da identidade quer, ao desenvolvimento da intimidade) encontraria, assim, na experiência da gravidez uma tarefa desenvolvimental com desafios específicos quanto à tentativa de compreender e decifrar o significado das novas experiências corporais. Aquilo que Johnson (1991) designou de “linguagem corporal da gravidez” traduziria um novo grau de integração da experiência corporal na construção da identidade e da relação, nos termos definidos para o processo desenvolvimental do *self corporal* no sentido de uma maior sensibilidade à experiência corporal. Recuperando a terminologia de Pylvanainen (2003) apresentada, a *memória corporal* estaria a tentar construir um novo padrão de organização da vivência corporal. A experiência da gravidez permite destacar a natureza psicossocial deste processo em que a nova “linguagem corporal” reflecte claramente a dinâmica de desenvolvimento psicológico evidenciada na discussão do conceito de vinculação prenatal, em termos da sua dupla-face, como constituinte, quer do envolvimento com o bebé que agora se inicia, quer da identidade materna, e que seriam “duas faces da mesma moeda”.

Assim, como Johnson (1991) tão bem explica, o acariciar o próprio corpo / a barriga que é tão característico da gravidez, assinala uma nova linguagem corporal de “amor” e ansiedade (Johnson, 1991, p. 304). Esta forma de compreender a relação com o corpo

²³ Esta duplicidade do significado psicológico da gravidez ficou bem patente nas entrevistas que realizámos e que serão apresentadas em trabalhos futuros.

grávido, aproxima-se também do conceito de vinculação prenatal de Condon, organizado em termos da construção de uma tonalidade afectiva positiva (ou experiência de “amor”) e em termos do nível de ansiedade ou intensidade associado a essa experiência de amor. A própria avaliação destas duas dimensões da vinculação prenatal, define, como indicadores, um conjunto de comportamentos que se poderiam definir em termos desta “linguagem corporal de amor e ansiedade”.

O significado das transformações corporais ao longo da gravidez

Num estudo retrospectivo das narrativas da experiência corporal da gravidez, Peggy Richardson (1990), verificou que a experiência corporal se modifica de forma significativa ao longo do processo gravídico, identificando quatro fases de organização das experiências corporais da gravidez (Redução, Expansão, Tensão, Estabilização). Esta autora apresenta um modelo de organização e compreensão da experiência corporal da gravidez que, não só descreve as experiências e transformações corporais valorizadas pelas grávidas, como explora o significado psicológico que lhes é atribuído. A autora constata que há uma experiência positiva das mudanças corporais da gravidez, porque essas mudanças são associadas à especificidade da gravidez (noutro contexto, aquelas transformações seriam encaradas com preocupação extrema pela integridade corporal pessoal). Assim, verificou-se uma extrema plasticidade do esquema corporal das mulheres, possivelmente explicada pelo facto dessas mudanças serem esperadas e serem construídas em termos de um significado positivo.

Este processo poderá ser melhor compreendido em termos do modelo de Pylvanainen (2003), de acordo com o qual, as experiências corporais no aqui e agora (*self corporal*) são mediadas pela relação com o corpo (*memória corporal*). Assim, quando Richardson (1990) refere que as transformações corporais da gravidez são experienciadas maioritariamente como positivas por causa do significado que lhes é atribuído, podemos considerar que são os significados construídos para a experiência corporal gravídica que influenciam a forma como essa experiência corporal é vivenciada. Podemos ainda considerar que a vivência corporal construída ao longo do percurso desenvolvimental da grávida (a *memória corporal*), de acordo com a proposta de Pylvanainen (2003), também terá um papel importante na experiência corporal da gravidez (o *self corporal*).

Neste sentido, podemos especular que, as mulheres cuja relação com o corpo seja sobrerrepresentada pela aparência e menos pela sua dimensão relacional e experiencial, poderem vivenciar de forma mais negativa as mudanças corporais da gravidez. Aliás, Devine, Bove e Olson (2000) verificaram que as atitudes anteriores à gravidez relativas ao peso corporal, emergiram como a influência primária nas atitudes na gravidez e pós-parto relativamente ao peso, aos padrões de actividade física e dieta.

Dimensões corporais da vivência da gravidez

Na compreensão da vivência corporal da gravidez, considerou-se pertinente referir o estudo de Orbach e Mikulincer (1998), que operacionalizaram a relação com o corpo (a que chamam investimento emocional no corpo), em termos de experiências corporais representativas de quatro aspectos do *self corporal*: os sentimentos e as atitudes relativos à imagem corporal, o cuidado corporal, a protecção corporal e o conforto face ao toque. Apesar de não se conhecerem estudos no contexto da gravidez sobre este modelo multidimensional da relação com o corpo, considerou-se que estas dimensões se revestiam de um significado muito particular nesta transição, proporcionando uma concepção inovadora e integradora da vivência do corpo na gravidez.

Assim, e a par da avaliação mais tradicional da imagem corporal, cujo papel no ajustamento psicossocial na idade adulta, Orbach e Mikulincer (1998), destacam, e que, tal como Earle (2003), também nós consideramos uma dimensão importante na gravidez, os autores incluem também o cuidado com o corpo e a protecção do corpo que, se assume que tenham um significado muito particular para a mulher grávida, uma vez que tem que cuidar e proteger o seu corpo de forma a cuidar e proteger o seu bebé. Assim, o cuidado e a protecção do corpo (ou a sua *ausência*), que Orbach e Mikulincer (1998) referem serem aprendidos na interiorização dos cuidados parentais²⁴, envolvem, na gravidez, um significado e um conjunto de comportamentos muito

²⁴ Orbach & Mikulincer referem que o cuidado e a protecção do corpo são aprendidos na interiorização dos cuidados parentais (Bruch, 1973; Greenspan, 1997; Van der Velde, 1985), não fazendo parte dos mecanismos biológicos automáticos (Freud, 1949; Grossman, 1991), o que é confirmado pela forte associação entre o cuidado parental e o comportamento de cuidado e protecção da parte dos filhos (Frankl, 1963; Green, 1978; Lewis e tal, 1966). Esta noção remete também para a ligação entre a vivência corporal e a construção da relação mãe-bebé, na medida em que, também a vivência corporal está alicerçada na relação precoce com os próprios pais. Aliás, a forma como as grávidas construíram a vinculação aos pais, poderá ter uma forte componente corporal.

específicos. Não só todos os produtos e comportamentos de promoção da saúde e da beleza (amplamente prescritos na gravidez), mas também, toda a preocupação com o corpo grávido, envolvem uma dinâmica emocional muito particular deste período, de certa forma, no mesmo sentido do conceito de *"looking after yourself"* de Murcott (1988) já referido.

O conforto face ao toque foi outra dimensão que se considerou importante abordar pois, reconhecemos que a gravidez envolve uma nova forma de "partilhar" o corpo com os outros, e em especial em relação à "partilha" da barriga grávida e o conforto ou desconforto com o toque dos outros. Também Earle (2003) referiu o papel do "mostrar" e partilhar o corpo grávido. A dimensão do toque tem sido valorizada quase exclusivamente na compreensão do desenvolvimento infantil²⁵, mas é uma dimensão relacional por excelência, já destacada numa discussão prévia sobre a dimensão relacional da relação com o corpo.

Estas quatro dimensões combinam-se para evidenciar a qualidade da relação com o corpo, como positiva ou negativa. Assim, estes aspectos da experiência corporal constituem diferentes facetas de um único constructo que seria um sentido mais geral da vivência corporal, traduzindo-se numa relação positiva ou negativa do corpo²⁶.

É neste contexto que podemos conceptualizar a "existência" de uma relação positiva ou negativa com o corpo grávido, e sugerir a sua relação com a construção da vinculação prenatal. É esta a hipótese que orienta o presente trabalho.

²⁵ A importância do toque parental no desenvolvimento infantil foi já confirmada (Harlow, 1958; Harlow & Suomi, 1970; Anisfeld, e tal, 1990; Field e tal, 1992; MacDonald, 1987; Scholz & Samuels, 1992; Sloam e tal, 1994), constituindo-se assim como uma "life-enhancing force".

²⁶ Orbach e Mikulincer (1998) destacam o "bodily love vs body rejection" na regulação do comportamento auto-destrutivo e nas perturbações alimentares, especificando as atitudes e sentimentos (positivos vs negativos) face ao corpo, como mediadores do prazer e satisfação corporal. E apesar de os autores terem proposto um modelo multidimensional de quatro aspectos da experiência corporal, concluem que se tratam de diferentes facetas de um único constructo que seria um sentido mais geral da experiência corporal, positivo ou negativo.

SÍNTESE TEÓRICA

Em síntese, neste enquadramento teórico organizado em três capítulos, começou por se explorar a experiência da gravidez, valorizando a sua dimensão desenvolvimental e relacional. Os contributos psicodinâmicos, incontornáveis na compreensão desta experiência, foram abordados em torno de dois pontos principais: a dinâmica emocional da gravidez e a relação com a própria mãe. Em termos da dinâmica emocional da gravidez, lembrou-se que, apesar da representação da gravidez como um período de serenidade e “espera”, este período é atravessado por um processo de crise vivencial, o que implica ansiedades, medos, ambivalências, conflitos psicossociais. O processo de identificação com a própria mãe é outro aspecto central valorizado pelos psicodinâmicos na compreensão da experiência gravídica, na medida em que consideram que a construção da identidade materna inerente a esta transição, envolve um retorno a vivências de infância de relação com a própria mãe, valorizando a qualidade da relação com as figuras primárias na qualidade da resolução das tarefas da gravidez. De facto, ao longo da gravidez, a mulher tem que passar a ver-se como mãe. A construção da identidade materna envolve a referência à relação da grávida com a sua mãe: “a própria mãe é para cada mulher o primeiro e principal modelo de comportamentos e afectos maternos” (Canavarro, 2001: 26).

Assim, quando falamos de maternidade emerge naturalmente a necessidade de abordar a qualidade das relações precoces. Neste contexto, considerou-se também importante a compreensão da vivência da gravidez à luz das teorias da vinculação, que ressitua muito dos componentes psicodinâmicos numa nova forma de abordar o desenvolvimento do *self* e da relação com o outro. Foi a partir desta teoria que se (re)abordou a relação da grávida com a mãe, já não só na perspectiva da relação com os pais na infância, mas encarando a vinculação como um processo que sendo construído nas relações precoces, é reconstruído ao longo de todo o desenvolvimento do sujeito, podendo a própria gravidez constituir uma oportunidade de transformação dessa representação da relação com a mãe.

Entrelaçada com o processo de reconstrução das relações de vinculação precoces e de construção da identidade materna, está a tarefa de estabelecer uma ligação afectiva com o bebé, que tem um forte impacto no desenvolvimento e funcionamento psicológico da própria mãe. Neste âmbito, foi também discutida, num segundo capítulo,

a possibilidade de se considerar a relação mãe-filho como uma relação de vinculação, ainda no período gravídico, considerando-se que esta relação da mãe com o bebé é uma relação única e exclusiva, que implica afectos intensos, cuja perda implica um processo de luto, e que contribui para o desenvolvimento de um sentido interno de valor pessoal da própria mãe (características de uma relação de vinculação).

Assim, e apesar de tradicionalmente, as teorias da vinculação reservarem o termo “vinculação” para descrever a relação do bebé com alguém “mais forte e mais sabedor” (Bowlby, 1988), o termo é aqui usado de forma mais flexível para descrever os sentimentos maternos duradouros de ligação emocional profunda ao bebé (Cohen & Slade, 2000: 28), bem como o seu sentido de si como capaz de cuidar e gostar (“*care*”) do seu filho.

Outros autores e abordagens têm-se dedicado à compreensão desta relação duradoira, emocionalmente intensa, centrada na interacção real e simbólica com o bebé (sentimentos, pensamentos e comportamentos maternos) com um impacto significativo no sentido de identidade da mãe, pelo que, foram apresentadas e discutidas as principais formas de conceptualizar esta relação, bem como as suas características e determinantes, enfatizando-se a possibilidade de esta ser considerada uma relação de vinculação. Neste âmbito, começou por se perspectivar a relação mãe-bebé como uma relação de vinculação parental e privilegiou-se o período gravídico como o início deste processo.

A vivência do corpo, abordada no terceiro capítulo, é uma dimensão crucial deste estudo, valorizando-se o seu papel na construção da relação mãe-bebé, pois confronta a mulher com a existência do bebé e com o seu novo papel de mãe. Na tentativa de melhor compreender a especificidade da vivência corporal gravídica, referimos os estudos que exploram a vivência corporal ao longo da gravidez, quer enfatizando a experiência de indiferenciação corporal mãe-bebé, quer reflectindo sobre a forma como a mulher gere diferentemente a relação com o seu corpo na gravidez (o cuidado do corpo), e finalmente, explorando a forma como todas as transformações corporais são vivenciadas ao longo da gravidez.

Nesta exploração da relação com o corpo na gravidez, procurou-se, não só, contribuir para a compreensão da experiência psicológica da gravidez, como também, abordar (e questionar) a forma como a literatura tem (des)valorizado a dimensão corporal no funcionamento e desenvolvimento psicológico.

É que, se por um lado, a investigação psicológica sobre o corpo se tem desenvolvido essencialmente em torno do conceito de imagem corporal e valorizando basicamente os seus aspectos negativos, por outro lado, a centralidade da experiência corporal na vivência da gravidez não tem sido suficientemente abordada. Assim, procurou-se abordar a vivência corporal como uma dimensão inerente a toda a vivência gravídica, atravessando os diferentes domínios do desenvolvimento psicológico que ocorre nesta transição, envolvida quer na relação com o bebé e na construção da identidade materna, quer na reconstrução das relações da grávida com as suas figuras relacionais, mais ou menos próximas. Assim, fazemos nossas as palavras de Peggy Richardson (1990) que considera que “os padrões e as relações entre as variáveis da imagem corporal na gravidez exigem um integração e elaboração tanto da investigação na imagem corporal como da investigação na dinâmica psicológica da gravidez” (Richardson, 1990: 94).

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

CAPÍTULO 4.

A METODOLOGIA

CAPÍTULO 4. A METODOLOGIA

4.1. OBJECTIVO DO ESTUDO

Apesar da centralidade que a experiência corporal necessariamente ocupa na vivência da gravidez, especialmente no que respeita à construção da relação mãe-filho como já foi referido, a revisão da literatura permitiu constatar limitações em termos da investigação desenvolvida no sentido de associar o corpo enquanto objecto de estudo da Psicologia com as variáveis relacionadas com a gravidez. Deste modo, propoemo-nos explorar a vivência corporal da grávida e sua influência na construção da própria relação mãe-bebé, num estudo que conciliou uma abordagem quantitativa transversal (n=300) e longitudinal (n=50), na avaliação da vivência do corpo e da relação com o bebé, em três momentos de recolha de dados: no 1º, no 2º e no 3º trimestres de gestação. Foram ainda consideradas outras dimensões psicológicas pela sua relação com as variáveis em estudo, em que se destaca a avaliação da adaptação à gravidez, satisfação conjugal e vinculação da grávida aos seus pais.

O **objectivo central** do presente estudo consiste na compreensão da relação existente entre a vivência do corpo e a relação mãe-bebé na gravidez. Para melhor compreender esta associação, considerou-se pertinente explorar também a adaptação à gravidez, a satisfação conjugal e o estilo de vinculação da grávida aos seus pais, aspectos que se julgam centrais para a melhor compreensão do processo gravídico.

Outras variáveis foram tidas em conta na medida em que é reconhecida a sua influência sobre as dimensões em análise: o estado civil, a idade, a paridade, o facto de a gravidez ter sido planeada e / ou desejada, a dificuldade em engravidar, a existência de complicações médicas que se tenham traduzido na percepção de uma gravidez de risco, a existência actual ou passada de quadros depressivos, a percepção de apoio social e o contexto sócio-cultural e profissional da grávida. O tempo de gestação foi uma variável-chave tida ainda em conta, enfatizando-se a natureza desenvolvimental das (principais) dimensões em análise.

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

Deste modo, identificaram-se quatro **objectivos específicos**, que permitem operacionalizar a investigação a desenvolver:

Objectivo 1. Analisar o Efeito das Variáveis Sociodemográficas e Gravídicas na Relação Mãe-Bébé e na Vivência do Corpo

Objectivo 2: Analisar o Efeito das Variáveis Psicossociais na Relação Mãe-Bébé e na Vivência do Corpo

Objectivo 3: Análise Desenvolvimental da Relação Mãe-Bébé e da Vivência do Corpo

Objectivo 4: Avaliar a Associação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo

Estes objectivos específicos orientaram a definição das hipóteses de trabalho e a posterior análise de resultados.

4.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Objectivo 1. Analisar o efeito das variáveis sociodemográficas e gravídicas

Na Relação Mãe-Bébé

H1 (condições sociodemográficas): É de esperar uma relação com o bebé mais intensa nas grávidas com condições sócio-demográficas mais favoráveis, designadamente nas grávidas mais novas (Berryman & Windridge, 1996; Laxton-Kane & Slade, 2002; Lindgren, 2001; Mercer et al, 1988; Siddiqui et al, 1999), nas grávidas casadas (Laxton-Kane & Slade, 2002; Lindgren, 2001), nas grávidas com percepção de elevado apoio social (Bloom, 1995; Condon & Corkindale, 1997; Cranley, 1981; Durkin et al, 2001; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mercer & Ferketich, 1988; Williams et al, 1987), sem história de depressão (Condon & Corkindale, 1997; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mercer & Ferketich, 1988; Phipps & Zimm, 1986; Priel & Besser, 1999) e nas grávidas com um contexto sociocultural e profissional mais vantajoso (Cranley, 1981; Gaffney, 1988; Mercer et al, 1989; Siddiqui et al, 1999).

H2 (paridade): Apesar de alguns estudos contraditórios (Mendes, 2002; Mercer et al, 1988; Pearce & Ayers, 2005; Siddiqui et al, 1999), espera-se não encontrar diferenças na qualidade da relação mãe-bebé entre primíparas e múltiparas na medida em que caracterizámos a relação mãe-bebé como uma relação de vinculação parental “recorrente” (Newman & Newman, 1988). Esta hipótese é fundamentada por alguns estudos (Berryman & Windridge, 1996; Condon & Esuvaranathan, 1990; Cranley, 1981; Grace, 1988; Huang, Wang & Chen, 2004; Phipps & Zimms, 1986).

H3 (gravidez planeada e gravidez desejada): A relação mãe-bebé deverá ser favoravelmente influenciada pelo planeamento e pelo desejo da gravidez (Barber, Axinn & Thornton, 1999; Condon & Corkindale, 1997; Koniak-Griffin, 1988; Laxton-Kane & Slade, 2002). Complementarmente, espera-se que a influência do planeamento da gravidez na relação mãe-bebé seja mediada pelo seu efeito no desejo da gravidez.

H4 (dificuldade de engravidar): A relação com o bebé deverá apresentar valores mais elevados nas grávidas que sentiram dificuldade em engravidar (hipótese exploratória), na medida em que esta experiência deverá exacerbar o desejo da gravidez. Assim, a influência da dificuldade em engravidar na relação mãe-bebé deverá ser mediada pelo seu efeito no desejo da gravidez.

H5 (percepção de gravidez de risco e amniocentese): Apesar de alguns dados contraditórios (Berryman & Windridge, 1996; Chazotte et al, 1995; Cranley, 1981; Heidrich & Cranley, 1989; Mercer et al, 1988), espera-se um efeito positivo da percepção do grau de risco da gravidez na relação mãe-bebé, nomeadamente na intensidade desta relação (e especialmente no início da gravidez), pois esta experiência condicionará a vivência da relação com o bebé, envolvendo um grau de ansiedade acrescido, que poderá resultar na antecipação e na intensificação de muitas das preocupações (como a preocupação com o bem-estar e o desenvolvimento do bebé) que, sendo próprias de qualquer gravidez, assumem nestes casos um significado e uma dinâmica emocional particulares.

Na Vivência do Corpo

H6 (variáveis sócio-demográficas): Considera-se que a vivência do corpo será influenciada pela idade, o estado civil, a percepção de apoio social e a história de depressão, bem como pelo contexto sociocultural e profissional da grávida, apresentando valores mais elevados a grávidas mais novas, as grávidas casadas, as grávidas com percepção de apoio social elevado, as grávidas sem história de depressão e as grávidas com contexto sociocultural e profissional mais favorável. Esta hipótese é meramente exploratória, havendo apenas um estudo que sugere o efeito positivo do nível sociocultural e o efeito negativo da idade, na relação com o corpo na gravidez (Mendonça, 2003), ainda que outros estudos, embora não recorrendo a grávidas, contribuam para compreender a influência da idade (Barbosa, 2002; Strauss & Appelt, 1983; Taleporos & McCabe, 2005), da história de depressão (Orbach & Mikulincer, 1998) e do contexto sociocultural (Franco, Fogel, Messiner & Frazier, 1996) na vivência do corpo.

H7 (paridade): Numa hipótese exploratória, considera-se que as múltiparas apresentem uma vivência do corpo mais positiva do que as primíparas, na medida em que a experiência prévia de gravidez lhes terá proporcionado a construção de uma relação com o corpo mais investida de afectos e menos dependente das questões associadas à aparência corporal, ainda que Mendonça (2003), numa avaliação distinta da dimensão corporal, tenha encontrado resultados diferentes.

H8 (gravidez planeada e desejada): Espera-se que a vivência do corpo seja mais positiva nas gravidezes mais planeadas e desejadas, o que foi, em parte, já sugerido noutros estudos (Deave, 2005; Mendonça, 2003).

H9 (dificuldade em engravidar): Numa hipótese meramente exploratória, considera-se que a dificuldade de engravidar estará associada a uma vivência mais negativa do corpo, na medida em que o corpo terá sido percebido como “obstáculo” na concretização de uma gravidez planeada.

H10 (percepção de movimentos fetais e realização de ecografias): A percepção de movimentos fetais e a realização de ecografias deverão promover a qualidade da vivência do corpo, nomeadamente em termos do cuidado e protecção do corpo, bem como em termos da identificação mais geral com o corpo grávido. Estas experiências gravídicas deverão induzir ainda uma maior valorização da dimensão afectiva e relacional do corpo e uma desvalorização das dimensões relacionadas com a aparência corporal (hipótese exploratória).

H11 (percepção de gravidez de risco): Prevê-se que haja um maior investimento na relação com o corpo, nomeadamente ao nível dos cuidados e protecção pessoal, em grávidas com maior percepção de risco da gravidez (hipótese exploratória).

Objectivo 2. Efeito das variáveis psicossociais na relação com o corpo e o bebé

Na Relação Mãe-Bebé

H12 (relação mãe-bebé e vivência da gravidez): A relação mãe-bebé está relacionada com a adaptação à gravidez (Mendes, 2002; Muller, 1993; Muller, 1990; Kumar *et al*, 1984).

H13 (relação mãe-bebé e relação conjugal): Espera-se encontrar uma relação significativa entre a avaliação por auto-relato da satisfação conjugal e a forma como a grávida se relaciona com o bebé (Cranley, 1984; Gloger-Tippelt, 1988; Lai, Tang & Tse, 2005; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mendes, 2002; Mercer *et al*, 1988; Siddiqui *et al*, 1999; Weaver & Cranley, 1981), numa correlação positiva entre estas variáveis.

H14 (relação mãe-bebé e vinculação à mãe e ao pai): Espera-se uma associação da vinculação prenatal, com a vinculação das grávidas aos pais (Laxton-Kane & Slade, 2002; Mikulincer & Florian, 1999; Pollock & Percy, 1999; Siddiqui *et al*, 2000; White *et al*, 1999).

H15 (relação mãe-bebé e vinculação à mãe e ao pai): Espera-se ainda que a vinculação da grávida à sua mãe tenha maior influência na qualidade da sua vinculação ao bebé do que a vinculação ao pai, uma vez que a qualidade da relação da grávida com a mãe tem sido valorizada na qualidade da resolução das tarefas da gravidez, em geral, e da construção da relação com o bebé, em particular (Breen, 1975; Canavarro, 2001; Cohen & Slade, 2000).

Na Vivência do Corpo

H16 (vivência do corpo e adaptação à gravidez): É esperada uma associação entre a vivência do corpo e da gravidez, no sentido de uma correlação positiva, em que a vivência mais positiva da gravidez corresponda também a uma mais positiva do corpo (Mendes, 2002; Mendonça, 2003; Muller, 1993; Kumar, Robson & Smith, 1984).

H17 (vivência do corpo e satisfação conjugal): Espera-se que haja uma associação entre a vivência do corpo na gravidez e a relação conjugal, no sentido de uma correlação positiva (Mendes, 2002; Mendonça, 2003; Kumar, Robson & Smith, 1984).

H18 (vivência do corpo e vinculação da grávida aos pais): Embora a investigação sobre a relação entre a dimensão corporal e a vinculação não tenha usado amostras de grávidas, podemos esperar uma associação entre a qualidade da vivência corporal e a vinculação da grávida à mãe, em que as grávidas com estilo de vinculação seguro apresentem uma relação com o corpo mais positiva nas suas diferentes dimensões (Barbosa & Costa, *in press*; Barbosa, 2002).

H19: (vivência do corpo e vinculação à mãe vs. vinculação ao pai): A vinculação ao pai estará mais fortemente correlacionada com a vivência corporal do que a vinculação à mãe, ainda que a investigação que aponta neste sentido não tenha usado amostras de grávidas (Barbosa & Costa, *in press*; Barbosa, 2002).

Objectivo 3. Análise desenvolvimental da relação mãe-bébé e da vivência do corpo

Na Relação Mãe-Bébé

H20 (tempo de gravidez): Ainda que os estudos não sejam conclusivos (Cranley, 1993; Muller, 1993; Laxton-Kane & Slade, 2002), espera-se que a vinculação mãe-bebé aumente ao longo da gravidez, tornando-se mais forte nos momentos de avaliação mais próximos do final da gravidez (Bloom, 1995; Grace, 1989; LoBiondo-Wood, 1985; Phipps & Zimm, 1986; Sjogren et al, 2004; Staiton, 1990; Vito, 1986).

H21 (experiências gravídicas do bebé): A relação com o bebé será mais forte após a percepção de movimentos fetais (Bloom, 1995; Grace, 1989; Fleming et al, 1997; Gloger-Tippelt, 1988; Grace, 1989; Heidrich & Cranley, 1989; LoBiondo-Wood, 1985; Lumley, 1980, 1982; Mikhail, Freda, Merkatz *et al*, 1991; Reading et al, 1984; Shereshefsky & Yarrow, 1973; Vito, 1986; Zeanah, Carr & Wolk, 1990) e a realização

de ecografias (Carneiro, 1993; Fletcher & Evans, 1983; Kohn et al, 1980; Milne & Rich, 1981). Estas experiências gravídicas foram descritas como promovendo a construção da própria representação e interacção com o bebé, inerentes à construção da relação mãe-bebé (Cranley, 1993; Klaus & Kennell, 1983; Leifer, 1977, 1980; Reading, 1983; Rubin, 1984), ainda que os estudos não sejam totalmente conclusivos.

H22 (gravidez planeada, gravidez desejada e dificuldade em engravidar): O planeamento da gravidez e a dificuldade de engravidar poderão exercer uma influência na relação mãe-bebé no início da gravidez, no sentido de a antecipar, i.e., promover a aceitação precoce do bebé, o que, por sua vez, deverá permitir que o processo de construção da relação mãe-bebé se inicie mais cedo. Desta forma, espera-se encontrar uma relação com o bebé mais forte no primeiro trimestre, nas grávidas que planearam e / ou tiveram dificuldade de engravidar.

Na Vivência do Corpo

H23 (trimestre): Espera-se encontrar uma evolução positiva desta variável ao longo do período gravídico. Assim, numa hipótese exploratória, considera-se que a *Vivência do corpo grávido* varia com o tempo de gravidez (Richardson, 1996), tornando-se cada vez mais positiva, no sentido de uma maior identificação com a imagem corporal gravídica e de uma maior valorização da relação com o corpo ao longo da gravidez.

Objectivo 4. Avaliar a associação entre a relação mãe-bebé e a vivência do corpo

H24 (vivência do corpo e relação mãe-bebé): A hipótese principal definida é que a relação com o bebé está positivamente correlacionada com a vivência do corpo na gravidez (Mendes, 2002; Rubin, 1984; Muller, 1993b; Huang, Wang & Chen, 2004; Leifer, 1980; Foster, 1996). Espera-se assim que, a uma vivência do corpo mais positiva no período gravídico, correspondam sentimentos mais positivos pelo bebé na gravidez (Leifer, 1980; Muller, 1993).

4.3. DESENHO METODOLÓGICO

Este estudo sustentou-se numa metodologia de recolha de dados quantitativa baseada na administração de questionários, com procedimentos transversais e procedimentos longitudinais de recolha de dados.

Assim, numa primeira fase, realizou-se uma abordagem **transversal**, que proporcionou uma primeira exploração das dimensões em causa, devidamente fundamentada numa análise estatística dos dados com uma amostra cuja dimensão permitiu abordar o impacto da vivência corporal na gravidez e na relação com o bebé, considerando uma variabilidade da amostra que proporcionou uma heterogeneidade enriquecedora, viabilizando simultaneamente a validação dos instrumentos usados.

Numa segunda fase, numa abordagem **longitudinal**, seleccionaram-se 50 grávidas que foram avaliadas nos três trimestres de gestação, proporcionando uma análise da evolução das dimensões em estudo, ao longo do processo gravídico.

A complementaridade destes procedimentos, bem como a sua organização no tempo ao longo do processo gravídico, proporcionou uma análise dos factores envolvidos na qualidade da experiência psicológica da gravidez, nomeadamente em termos da relação mãe-bebé e da vivência do corpo, bem como da sua evolução ao longo do processo.

4.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

O desenho metodológico definido e a dimensão dos questionários usados, implicou a constituição de uma amostra alargada, motivo pelo qual se tornou indispensável o recurso a grandes instituições de acompanhamento de grávidas. Deste modo, recorreu-se à Maternidade de Júlio Dinis, no Porto, por proporcionar um processo de recolha de dados mais eficiente, dado o número elevado de utentes que acolhe diariamente, e dadas as condições estruturadas de acesso às mesmas (dispondo de procedimentos de apoio à investigação) no seguimento da colaboração estabelecida com o Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. A recolha de dados quantitativos ocorreu no período de Julho de 2001 a Maio de 2002 no Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia.

1ª Fase da Recolha de Dados: Estudo Transversal

As grávidas eram contactadas no final da Consulta de Enfermagem, de modo a ser ocupado o período em que aguardavam pela Consulta Médica de acompanhamento obstétrico, sendo acompanhadas ao espaço disponibilizado para o efeito. Depois de dados a conhecer os objectivos, condições (voluntário e confidencial) e etapas do projecto, as grávidas que voluntariamente aceitaram envolver-se, procederam à formalização da sua participação ("Consentimento Informado" em Anexo). Era ainda solicitada a sua autorização e disponibilidade para a participação na segunda fase do estudo.

O recrutamento de participantes e a administração dos questionários contou com a colaboração da equipa de investigação do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho e da equipa de enfermagem da Maternidade de Júlio Dinis.

O recrutamento das participantes nesta fase obedeceu, ainda, a um procedimento de organização da amostra por tempo de gestação. Assim, numa primeira fase, abordaram-se preferencialmente grávidas no 1º trimestre de gestação que pudessem constituir a amostra longitudinal, para que, enquanto a gravidez destas decorresse, fossem recolhidos os dados transversais restantes, relativos às grávidas no 2º e 3º trimestre de gestação. A partir do momento em que se atingiu o número de

participantes definido para o 1º trimestre, passou a abordar-se apenas as grávidas no 2º e 3º trimestres de gestação.

2ª Fase de Recolha de Dados: Estudo Longitudinal

As participantes que cumpriam os critérios de inclusão (1º trimestre de gestação, mais de 20 anos, primíparas, casadas ou com relação conjugal estável) e de disponibilidade expressa para continuar a sua participação no estudo, foram abordadas novamente no 2º e no 3º trimestre de gestação (estudo longitudinal), coincidindo com as datas da consulta médica. Nesta fase da recolha de dados, foi fundamental toda a colaboração prestada pelo Pessoal Administrativo. As participantes envolvidas neste processo, puderam assim, ser acompanhadas ao longo das suas consultas de obstetrícia, de forma a assegurar a continuidade do processo de recolha de dados, ocorrendo uma avaliação em cada trimestre de gestação.

Ainda assim, houve dificuldades na recolha de dados longitudinal, na medida em que, no segundo trimestre, uma parte significativa das grávidas era reconduzida para o Centro de Saúde, sendo retomado o seu acompanhamento médico na Maternidade de Júlio Dinis apenas mais tarde, no terceiro trimestre. Por esta razão, dispondo apenas de dados relativos ao primeiro e terceiro trimestres da gestação para uma parte desta amostra.

4.4.2. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tratados através da estatística paramétrica da versão 13.0 do programa *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*.

Os dados referentes à caracterização da **amostra** foram analisados em termos de estatística descritiva, com distribuição de frequências e percentagens.

Foi também conduzido um processo de análise estatística para explorar a estrutura factorial e as propriedades psicométricas dos **instrumentos** utilizados, tendo-se enfatizado o estudo da validade dos instrumentos (em termos da organização em factores relevantes teoricamente) pela análise factorial exploratória em componentes principais, e o estudo da consistência interna das escalas e subescalas, pela análise dos valores *alpha* de Cronbach. Estes procedimentos proporcionaram uma validação

da utilização das diferentes escalas com a amostra estudada, o que resultou no desenvolvimento significativo daqueles instrumentos.

Para testar as **hipóteses** levantadas, recorremos à análise da variância (ANOVA e MANOVAS) e à análise de correlações (coeficiente de correlação de Pearson) a partir dos resultados obtidos pela administração transversal dos questionários. Utilizou-se ainda a análise de regressão, procurando estabelecer um modelo de compreensão da relação mãe-bebé, a partir da avaliação das variáveis independentes privilegiadas. Para a análise dos dados longitudinais recorreu-se à análise da variância de medidas repetidas.

4.5. PARTICIPANTES

4.5.1. SELECÇÃO DA AMOSTRA

A amostra transversal (n=364) foi recrutada no Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade de Júlio Dinis, no Porto, tendo em conta o tempo de gestação, de forma a constituir uma amostra homogeneamente distribuída quanto ao trimestre de gravidez.

Na recolha de dados longitudinal, o conjunto de 50 participantes resulta da selecção efectuada a partir dos resultados obtidos na primeira fase do estudo, de acordo com os critérios de exclusão (paridade, idade, estado civil, e tempo de gestação), bem como da disponibilidade expressa e a acessibilidade verificada para a posterior repetição da avaliação.

4.5.2. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Critérios de Selecção (inclusão e exclusão dos participantes)

A constituição da amostra global não foi condicionada por critérios de exclusão previamente definidos, além da própria capacidade de compreender e responder aos questionários²⁷. No entanto, as circunstâncias em que decorreu a recolha de dados acabaram por condicionar de alguma forma a participação de grávidas adolescentes, na medida em que não constituíam uma população-alvo do nosso estudo, e por estarem a decorrer em simultâneo outros estudos especificamente no âmbito da gravidez adolescente, que assim constituíram um “filtro” não intencional ao recrutarem e ocuparem estas grávidas. Mesmo assim, foram envolvidas algumas grávidas adolescentes, o que contribuiu para a heterogeneidade desejada da amostra. No entanto, é de esperar que a nossa amostra apresente assim uma média de idade um pouco superior à de outros estudos aí desenvolvidos, o que se traduzirá também,

²⁷ Apesar de se ter antecipado como condição para a participação (critério de exclusão) a capacidade de compreensão e de resposta escrita aos questionários, de facto, não houve nenhuma participante que tivesse evocado qualquer dificuldade deste tipo para justificar a sua exclusão do estudo, podendo estar esta limitação camuflada por indisponibilidades de outra ordem (por exemplo, algumas grávidas abordadas referiam “não ter trazido os óculos”...).

naturalmente, nalgumas diferenças socioculturais, especificidades que a gravidez adolescente tem associadas.

Numa segunda fase, procedeu-se à selecção da amostra longitudinal a partir da amostra global, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: paridade (*primíparas*), idade (*mais de 20 anos*), estado civil (*casada ou com relação estável com o pai do bebé*), e tempo de gestação (*avaliação desde o 1º trimestre*), bem como a disponibilidade expressa e a acessibilidade verificada para a posterior repetição da avaliação. Assim, foi mediante uma selecção realizada com base nos dados de identificação recolhidos na amostra global que foi identificada esta amostra (longitudinal), tendo-se procedido ao posterior contacto junto das grávidas assim seleccionadas para a realização das medidas repetidas.

Amostra Global: Estudo dos Instrumentos

Para concretizar os objectivos definidos e explorar as hipóteses levantadas, recorreu-se a um total de 364 grávidas que constituem a nossa amostra global.

As participantes distribuem-se de forma homogénea pelos três trimestres de gravidez. Na sua maioria têm entre 21 e 35 anos de idade (77,2%, $M=27,8$, $DP= 5,9$), são casadas ou vivem em união de facto (88,0%) e 54,9% são primíparas. Em termos de grau de escolaridade, 63,7% das grávidas participantes não tinha o 9º ano, e relativamente à situação profissional, 19,5% estavam desempregadas no momento da recolha de dados (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização da Amostra Global

Características Demográficas		F	%
Idade M=27,8, St. D= 5,9	<20	42	11,5
	21-25	87	23,9
	26-30	123	33,8
	31-35	71	19,5
	>36	41	11,3
Trimestre de gravidez	1º trimestre (<15 semanas)	116	31,9
	2º trimestre (15-27 semanas)	116	31,9
	3º trimestre (> 27 semanas)	132	36,3
Paridade	Primípara	200	54,9
	1 Filho	127	34,9
	2 ou + Filhos	35	9,6
Estado Civil	Casada	256	70,4
	União de facto	64	17,6
	Solteira	39	10,7
Agregado Familiar	Família Nuclear	282	77,5
	Família Alargada	36	9,9
	Família de Origem	32	8,8
	Outras Situações	7	1,9
Escolaridade	< 4 anos	36	9,9
	5 a 8 anos	196	53,8
	9 a 12 anos	88	24,2
	>12 anos	38	10,4
Situação Profissional	Empregada	242	69,2
	Conta própria	6	1,6
	Estudante / em formação	12	3,3
	Desempregada	71	19,5
	Outros	14	3,8

Amostra Parcial: Estudo Transversal

No estudo transversal, não foram consideradas as grávidas adolescentes (com idade inferior a 20 anos), por se entender que este grupo apresenta especificidades desenvolvimentais e psicossociais que imprimem à vivência da gravidez e à relação com o bebé, bem como ao seu contexto de vida, uma dinâmica muito particular que não cabe a este trabalho abordar. Assim, na exploração das hipóteses foram considerados apenas os valores referentes a 330 participantes, distribuídas de forma homogénea pelos três trimestres de gravidez (Quadro 2). Na sua maioria têm entre 20 e 35 anos de idade (85,2%, M=28,9, St. D.= 6,4), são casadas ou vivem em união de facto (95,1%) e são primíparas (50,1%). Uma percentagem significativa das gravidezes não foram

planeadas (18,2%), mas apenas 0,6% das grávidas reagiram negativamente à notícia da gravidez. A grande maioria das gravidezes (83,6%) não apresentavam qualquer complicação médica ou risco para o bebé ou a mãe. Em termos de grau de escolaridade, 53,3% das grávidas participantes tinha o 9º ano ou menos, e relativamente à situação profissional, 17,9% estavam desempregadas no momento da recolha de dados.

Quadro 2. Caracterização da Amostra Parcial

	F	%
Trimestre de Gravidez		
1º Trimestre (até 14 semanas gestação)	108	32,7
2º Trimestre (15 a 27 semanas gestação)	101	30,6
3º Trimestre (mais de 27 semanas gestação)	121	36,7
Escalão Etário		
20-24 anos	81	24,5
25-29 anos	116	35,2
30-34 anos	84	25,5
+ 35 anos	49	14,8
Estado Civil		
Casada	238	72,1
Recasamento	13	3,9
União de facto	58	17,6
Solteira	16	4,8
Paridade		
Primípara	168	50,9
1 filho	125	37,9
2 ou mais filhos	34	10,3
Planeamento da Gravidez		
Sim	202	61,2
Mais ou menos	63	19,1
Não	60	18,2
Reacção Positiva à Gravidez		
Muito	232	74,8
Bastante	58	18,7
Um pouco	18	5,8
Nada	2	,6
Dificuldade em engravidar		
Não	263	81,2

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

Alguma	41	12,7
Muita, sem apoio médico	17	5,2
Muita, com apoio médico	3	,9
Gravidez de risco		
Não	276	85,4
Algum risco	33	10,2
Risco elevado	14	4,3
Escolaridade da grávida		
1º ciclo	34	10,4
2º e 3º ciclo	176	54,0
Secundário	78	23,9
Superior	38	11,7
Situação profissional da grávida		
Empregada	229	70,7
Desempregada	59	18,2
Baixa médica	9	2,8
Conta própria	6	1,9
Estudante / em formação	7	2,2
Outros	6	1,9
Doméstica	8	2,5

Amostra Longitudinal

Da amostra global recolhida, foram seleccionadas 75 grávidas de acordo com os critérios de inclusão definidos. Este sub-grupo da amostra foi acompanhado ao longo do processo gravídico em três avaliações: 1º trimestre (N=75), 2º trimestre (N=32) e 3º trimestre (N=50), sendo que apenas os dados relativos às participantes com um mínimo de duas avaliações recolhidas é que foram considerados. Deste modo, a amostra longitudinal é constituída por 50 grávidas, sendo que para o segundo trimestre, pelas razões já referidas, apenas se dispõe de dados relativos a 64% das participantes.

4.6. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O processo de recolha de dados privilegiou o recurso a escalas de auto-relato assente no pressuposto de que o sujeito é “capaz de um nível adequado de objectividade na auto-avaliação” (Freire & Almeida, 2001, pp. 109). Mais do que isso, é assumida a valorização da perspectiva do próprio sujeito sobre as dimensões em análise, ie, a forma como o próprio sujeito se perspectiva a si próprio. Estas escalas pressupõe que “a resposta do sujeito pode ser traduzida mediante diferentes graus de intensidade” (Freire & Almeida, 2001, pp. 110). Este formato gradual de resposta traduz o grau ou o nível com que cada indivíduo possui o atributo em avaliação (“escala likert”). A utilização de escalas de avaliação psicológica tem-se generalizado, para o que muito contribuiu também “a facilidade de aplicação destas escalas à maioria das dimensões psicológicas (...), e a simplicidade no uso destas escalas na investigação e nas práticas profissionais” (idem).

A validade dos dados assim recolhidos depende em larga medida da robustez e adequação das escalas usadas, pelo que é atribuído um especial cuidado ao processo de construção, adaptação e / ou validação dos instrumentos, mais ainda quando se trata de instrumentos construídos em contextos socioculturais e linguísticos diferentes.

O processo de escolha dos instrumentos de avaliação privilegiou a adequação das subescalas propostas e do enquadramento teórico de referência de cada instrumento, face ao posicionamento teórico e metodológico do presente estudo. Foram também analisadas as características psicométricas, designadamente as evidências de validade e fidelidade. Para tal, foram tidos em conta quer com os seus estudos de construção e validação, quer outros estudos que os tenham utilizado e testado. Outro aspecto valorizado na selecção dos instrumentos prendeu-se com a análise das suas capacidades discriminativas nos diferentes estudos, que assegurasse a sua utilidade para este estudo, na medida em que nos permitisse estabelecer um conjunto de distinções consideradas relevantes para a análise proposta.

Foi tendo em conta estes aspectos que avaliámos o conjunto das escalas disponíveis para avaliação de cada uma das dimensões em estudo, sendo que no caso da avaliação da dimensão corporal este leque de escolha foi mais circunscrito. No caso da avaliação da relação mãe-bebé optou-se mesmo por incluir dois instrumentos

alternativos para avaliação do mesmo constructo na medida em que se considerou que envolviam diferentes aspectos de interesse. Em relação à avaliação da vivência da gravidez, apesar da escolha clara de um determinado instrumento, considerou-se ainda assim pertinente explorar outras dimensões não contempladas naquela escala, procedendo-se à construção de um novo questionário. Acrescentou-se ainda um questionário de avaliação da satisfação conjugal e um questionário de avaliação da vinculação da grávida, por se valorizar também estas dimensões psicológicas na compreensão das variáveis em estudo.

4.6.1. AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ

Para avaliação da vivência da gravidez utilizaram-se dois questionários: o *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes towards the pregnancy and the baby* (MAMA, Kumar, Robson & Smith, 1984) e o *Questionário de Avaliação da vivência da Gravidez* (QAG, Meireles & Costa, 2004).

O MAMA, é um instrumento de avaliação da adaptação à gravidez muito utilizado e que tem evidenciado valores satisfatórios de consistência interna e de validade discriminante. Apesar de ter sido usado em diferentes estudos com amostras portuguesas, os processos de adaptação e validação não foram suficientemente documentados, pelo que se procedeu a uma tradução e validação completa, resultante numa nova versão portuguesa, que permitisse adequá-lo ao presente estudo, e que pudesse contribuir para o desenvolvimento deste instrumento, apostando-se nas suas qualidades de avaliação.

Um segundo instrumento foi ainda utilizado na medida em que se pretendia abordar outros aspectos da vivência da gravidez, que não são normalmente contemplados na investigação neste domínio. Assim, construiu-se especificamente um novo instrumento, o QAG, com o objectivo de avaliar a percepção de mudança pessoal com a gravidez e a vivência do corpo grávido. Foi ainda incluída a avaliação da relação com a própria mãe, uma vez que é uma dimensão que, teoricamente, tem sido muito enfatizada no processo de adaptação à gravidez e à maternidade, mas que, não tem sido suficientemente testada empiricamente. Este instrumento foi assim objecto de um processo de construção e validação próprio, pretendendo constituir-se como um contributo para o estudo da experiência psicológica da gravidez.

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)

Descrição do objecto de avaliação e subescalas: Desenvolvido por Kumar, Robson e Smith (1984), este questionário de auto-relato avalia a vivência da gravidez, sendo constituído por 60 itens organizados em cinco *subescalas*: *Imagem corporal* (satisfação face às transformações corporais da gravidez – “*sinto-me orgulhosa da minha aparência*”); *Sintomas somáticos* (auto-relato do nível de desconforto somático da gravidez – “*sinto-me a desmaiar ou com tonturas*”); *Relação conjugal* (sentimento de proximidade emocional e de apoio em relação ao cônjuge – “*sinto que o meu marido me presta pouca atenção*”); *Atitudes face à sexualidade* (atitudes face à sexualidade na gravidez – “*sinto que as relações sexuais são menos íntimas, por estar um bebé dentro de mim*”) e *Atitudes face à gravidez e ao bebé* (sentimentos face ao bebé e ao desempenho do papel materno – “*preocupo-me com a ideia de poder não ser uma boa mãe*”, “*preferia não ter engravidado*”).

Escala de resposta: Na versão original, cada item é avaliado numa escala Likert de quatro pontos, desde o “*nunca*” ao “*muitas vezes*”, ou desde o “*de forma alguma*” ao “*muitíssimo*”²⁸, alternadamente. Considerou-se que este formato de resposta poderia introduzir dificuldades acrescidas à utilização do instrumento (além daquelas normalmente decorrentes na sua considerável extensão). Assim, optou-se pela simplificação da escala de resposta, eliminando-se a alternância original do sentido das respostas, passando-se a adoptar uma escala de resposta única para todo o questionário. Foi também alargada a amplitude da escala de resposta com a finalidade de se incluir um ponto de resposta intermédio (correspondente ao “*mais ou menos*”), pois admite-se que o ponto “médio” tem significado psicológico próprio, correspondendo, muitas vezes, *de facto*, à opção de resposta que mais se aproxima da opinião ou atitude dos respondentes. Deste modo, adoptou-se uma escala *likert* de resposta em cinco pontos, desde o “*não*” ou “*um pouco*”, passando pelo “*mais ou menos*”, até ao “*bastante*” ou “*muito*”. Com estas alterações pretendeu-se também uniformizar as escalas de resposta das diferentes escalas de avaliação utilizadas, facilitando a sua administração.

²⁸ Embora outros estudos tenham usado escalas diferentes (Mendes, 2002; Figueiredo & Matos, 1996).

Cotação dos Itens: Em relação à codificação das respostas, adoptou-se o critério em que valores mais elevados nas subescalas traduziriam uma melhor adaptação e atitudes mais positivas face à gravidez, com o objectivo de facilitar a análise dos resultados, tornando assim mais intuitivos os valores obtidos. Esta forma de cotação das respostas é diferente daquela que é habitualmente utilizada (Kumar, Robson & Smith, 1984; Mendes, 2002; Figueiredo & Matos, 1996; Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2002), pelo que deverá ter-se este facto em conta na comparação dos resultados entre diferentes estudos²⁹.

Estudos da consistência interna: O MAMA apresenta evidências de consistência interna para a escala global e para a maioria das subescalas (Kumar, Robson & Smith, 1984; Mendes, 2002; Mendonça, 2003), recorrendo a diferentes indicadores (estabilidade temporal teste-reteste, correlação *split-half* e *alpha* de Cronbach). As subescalas que evidenciam menor robustez são a subescala *Sintomas somáticos* (Kumar, Robson & Smith, 1984; Mendes, 2002; Mendonça, 2003), *Atitude face à gravidez e ao bebé* (Mendes, 2002; Mendonça, 2003) e *Imagem corporal* (Mendes, 2002). A invariância estrutural da escala foi ainda confirmada recentemente por Figueiredo, Mendonça e Sousa (2002), ainda que as autoras considerem que algumas alterações estruturais poderiam ser introduzidas³⁰. As autoras sugerem ainda que, de

²⁹ Esta alteração decorreu da dificuldade sentida na análise dos diferentes estudos que recorreram ao MAMA e que obrigavam sistematicamente a uma clarificação das correlações encontradas, no sentido de lembrar que, a uma correlação negativa entre as subescalas do MAMA e as restantes dimensões avaliadas, corresponderia uma evidência da relação directa entre essas dimensões e a adaptação à gravidez. Por exemplo, no estudo de Mendes (2002), uma correlação negativa entre o MAMA e o instrumento utilizado para avaliar a ligação materno-fetal, permitiu à autora concluir que uma melhor adaptação à gravidez estaria associada a uma ligação materno-fetal mais forte, uma vez que valores mais baixos no MAMA traduzem melhor adaptação. Mendes começa assim por referir:

“Antes da análise destes resultados [relativos à relação entre a adaptação à gravidez e a ligação materno-fetal] gostaríamos de recordar que a leitura dos resultados da escala MAMA, referentes à adaptação à gravidez, tem uma ordem de grandeza inversa, isto é, quanto menores forem as pontuações mais elevada será a adaptação à gravidez. Assim, podemos constatar a confirmação de uma correlação negativa significativa entre as pontuações obtidas na escala MAMA e na escala MFAS. Esta correlação traduz, assim, que quanto maior a ligação materno-fetal maior é a adaptação à gravidez” (Mendes, 2002, p. 98/99).

³⁰ As autoras sugerem que sejam consideradas separadamente as atitudes face à gravidez e as atitudes face ao bebé para “uma análise mais consistente dos resultados” (Mendonça, 2003, pp. 147). Noutro

futuro, seja equacionada a possibilidade de eliminar determinados itens, reduzindo assim o tamanho do questionário e obtendo-se dimensões com maior consistência interna (Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2002; Mendonça, 2003).

Estudos da Validade

Validade Concorrente (comparação com medidas independentes): O MAMA tem sido utilizado em conjunto com outros instrumentos (medidas independentes) que têm contribuído para estabelecer a sua validade concorrente e de critério, na medida em que as correlações encontradas vão na direcção esperada, designadamente, em relação a uma entrevista de avaliação da frequência dos enjoos e vómitos, da satisfação conjugal e da actividade sexual (Kumar, Robson & Smith, 1984), em relação a uma escala de avaliação da relação mãe-bebé (Mendes, 2002; Muller, 1994; Mascoli, 1990) e em relação a uma escala de avaliação da alexitimia (Mendonça, 2003), reforçando a validade dos resultados do MAMA.

Validade Discriminante (diferenças encontradas): Em termos de validade discriminante, o questionário mostra capacidade de avaliar de forma diferencial os processos psicológicos envolvidos em gravidezes com diferentes características, permitindo distinguir o grau de ajustamento em situação de gravidez precoce ou adolescente (Figueiredo, Martins, Matos, Jongenelen, Horta & Soares, 1988, cit. por Mendonça, 2003), em situação de gravidez tardia (Berryman & Windridge, 1996; Pereira, Ramalho & Dias, 2002, cit. por Mendonça, 2003), em situação de gravidez não planeada (Mendonça, 2003), bem como em relação a grávidas em situação de “barriga de aluguer” (Fischer & Gillman, 1991) e de grávidas com história passada ou actual de psicopatologia (Mendonça, 2003). Foi ainda possível identificar valores mais baixos na subescala imagem corporal entre as grávidas múltiparas do que entre as primíparas (Mendonça, 2003). O MAMA evidenciou, ainda, capacidade de diferenciar a adaptação à gravidez em situações com circunstâncias sócio-económicas e conjugais adversas, bem como de grávidas com história actual ou passada de psicopatologia e de grávidas avaliadas como tendo dificuldade de gestão e expressão de sentimentos (alexitémicas) (Mendonça, 2003). Também foi referida a capacidade da utilização do MAMA na

estudo, a autora acrescenta que também a sub-divisão da dimensão Imagem Corporal é considerada vantajosa para a análise dos resultados (Figueiredo, Mendonça & Sousa, *no prelo*).

avaliação de programas de intervenção (Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2002), a partir de uma revisão de diferentes estudos (Allen, Austin, Burton & Morgan, 2002; Gomes-Pedro, Monteiro, Patrício, Carvalho, Torgal-Garcia & Fiadeiro, 1989; Peach, Bruner, Oppenheimer, Yager, Bean & Warren, 2002, *cits.* por Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2002).

Validade Preditiva: O MAMA tem também evidenciado validade preditiva na medida em que a avaliação da adaptação à gravidez, por este instrumento, tem sido associada ao ajustamento materno após o parto, em termos de sintomatologia depressiva (Kumar & Robson, 1984) e de depressão pós-parto (Webster, Thompson, Mitchell & Wery, 1994; Areias, 1994), nomeadamente ao nível das subescalas relativas à *Relação conjugal na gravidez* e às *Atitudes face à gravidez e bebé*. Também a associação estabelecida da subescala *Atitudes face à gravidez e o bebé* com o *Neonatal Perception Inventory* e a avaliação por entrevista dos sentimentos pelo bebé (positivos, mistos, desligados ou negativos) após o parto (Kumar, Robson & Smith, 1984) poderá ser perspectivada como uma forma de analisar a validade preditiva, na medida em que compara valores obtidos em diferentes fases do ciclo parental.

Validade de Constructo: Na análise da invariância estrutural devemos ter em conta que a composição original das subescalas não foi testada, pois a dimensão da amostra não permitiu esse estudo da sua dimensionalidade, para derivação ou confirmação dos factores (Kumar, Robson & Smith, 1984). Em relação à replicabilidade da estrutura factorial do MAMA, ainda que Mendonça e colaboradores (s/d) concluam pela adequação da estrutura original, as autoras consideram que, nalguns casos, uma subdivisão das dimensões originais poderia proporcionar uma análise de resultados mais completa (nomeadamente em relação à dimensão “Imagem corporal” e à dimensão “Atitudes face à gravidez e o bebé”) (Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2002, 25), o que questiona de certa forma essa estrutura.

Concluindo, o MAMA tem-se mostrado válido na avaliação do ajustamento à gravidez, e sensível às mudanças nas dimensões que avalia, nomeadamente em condições de risco. Este instrumento foi, aliás, considerado como muito positivo por comparação com outros instrumentos, quer em termos das suas propriedades psicométricas (pois

evidencia valores de validade e fidelidade satisfatórios), quer em termos da sua abrangência, na medida em que inclui na sua avaliação numerosos aspectos centrais na adaptação à gravidez (Ruble et al,1990). Também Mendonça (2003; Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2002) destaca a utilidade do instrumento para o estudo da adaptação à gravidez, ainda que a sua organização dimensional possa ser revista de forma a melhorar as suas qualidades psicométricas e de validade de constructo. Estas observações foram tidas em conta na adaptação do instrumento neste estudo, procurando contribuir assim para o seu desenvolvimento.

Questionário de Avaliação da Vivência da Gravidez (QAG)

Descrição do objecto de avaliação e subescalas: O Questionário de Avaliação da Vivência da Gravidez (QAG) foi construído para o presente estudo para dar resposta à necessidade de avaliar dimensões que, tendo sido evidenciadas pela investigação como relevantes na vivência da gravidez, não estavam suficientemente contempladas nos instrumentos seleccionados, nomeadamente a gravidez como factor de mudança e crescimento pessoal, a imagem corporal gravídica e a relação com a própria mãe na gravidez.

O novo instrumento resulta de uma selecção de itens de dois instrumentos já existentes (a *Escala de Avaliação da Gravidez e Maternidade*, EAGM, de Xavier, 2000; e o *Childbearing Attitudes Questionnaire*, CAQ, de Ruble et al, 1990), tendo sido ainda acrescentados novos itens que pudessem fortalecer a avaliação das dimensões que se pretendia abordar no presente estudo. O processo de construção do questionário será detalhado oportunamente no capítulo de construção e validação dos instrumentos de avaliação.

Escala de resposta e cotação dos itens: Foi adoptada uma escala Likert de resposta de cinco pontos, desde o “*não concordo*” até ao “*concordo totalmente*”. A codificação das respostas do 1 (“*não concordo*”) até ao 5 (“*concordo totalmente*”) atribui valores mais elevados às respostas indicadoras de uma vivência positiva da gravidez, em termos de uma maior identificação com o corpo grávido, de uma melhor relação com a

mãe e de uma maior percepção de crescimento e mudança pessoal com a gravidez. Para isso, houve necessidade de inverter a cotação de alguns itens (4, 9, 10, 12, 18, 20, 21, 25, 35, 38, 40). O facto de não se ter considerado um score global justifica-se na medida em que as subescalas representam dimensões distintas entre si.

Tratando-se de um novo instrumento, não é possível contar com estudos de validade e fidelidade prévios, embora estes aspectos tenham sido valorizados de forma particular no processo de construção e validação do QAG apresentado no capítulo seguinte.

4.6.2. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ

Para avaliação da relação mãe-bebé utilizaram-se dois questionários: o *Maternal Fetal Attachment Scale* e o *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale*. O *Maternal Fetal Attachment Scale* (MFAS) de Mecca S. Cranley (1981) é um instrumento de avaliação da relação mãe-bebé na gravidez muito utilizado, apesar de algumas críticas que têm sido tecidas, quer em relação à sua utilização na primeira metade da gravidez, quer em termos da sua validade. Face a estas dificuldades, foi construída uma versão reduzida que se aplicasse aos diferentes períodos da gravidez que pretendíamos avaliar (desenvolvendo-se o processo de validação respectivo), e recorreu-se a um segundo instrumento de avaliação da relação mãe-bebé que o pudesse complementar e validar. Assim, considerou-se que este segundo instrumento de avaliação da relação mãe-bebé, o *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale* (MAES) de Jonh T. Condon (1993), baseando-se em pressupostos teóricos mais sólidos, ainda que não tendo sido tão testado, pudesse proporcionar uma perspectiva complementar valiosa na compreensão daquele constructo, nomeadamente em relação aos resultados evidenciados pelo MFAS. Este instrumento foi também objecto de um processo de adaptação próprio.

Uma vez que a questão dos instrumentos utilizados parecia ser crítica nas dificuldades e “inconclusões” relatadas pelos diferentes autores, foi também enfatizada a adaptação dos instrumentos usados, viabilizando a sua utilização em diferentes momentos do processo gravídico, de modo a que pudessem proporcionar elementos comparativos mais robustos.

Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)

Descrição do objecto de avaliação e subescalas: Desenvolvido por Mecca S. Cranley (1981), o *Maternal-Fetal Attachment Scale* (MFAS) é um instrumento de avaliação da relação mãe-bebé muito utilizado (Cranley, 1992; Laxton-Kane & Slade, 2002; Muller, 1992; e Canella, 2005 para diferentes revisões), avaliando os comportamentos indicadores da ligação e interacção da grávida com o seu bebé. Subjacente ao desenvolvimento deste instrumento esteve a suposição de que uma das

tarefas psicológicas da gravidez é a construção de uma relação com o bebé. A versão original deste instrumento é constituída por 24 itens organizados em cinco *subescalas*, referentes às cinco dimensões psicológicas em que o autor organiza esta tarefa da gravidez: *Construção da identidade materna* (*Roletaking*: “*I picture myself feeding the baby*”), *Diferenciação do self* (“*I enjoy watching my tummy jiggle as the baby kicks inside*”), *Partilha do self* (“*I give up doing certain things because I want to help my baby*”), *Atribuições ao feto* (“*I can almost guess what my baby’s personality will be from the way she/he moves around*”) e *Interacção com o feto* (“*I talk to my unborn baby*”).

Escala de resposta e cotação dos itens: Apesar da descrição do instrumento publicada por Cranley (1981) identificar uma escala de resposta de 5 pontos desde o “*most of the time*” ao “*never*”, outros autores têm recorrido a escalas de resposta diferentes (Grace, 1989; Mendes, 2002; Huang, Wang & Chen, 2004; Sjogren et al, 2004). Neste estudo, cada item foi avaliado numa escala Likert de resposta em 5 pontos, entre o “*não*” e o “ *muito*”, com valores mais elevados a reflectirem uma relação mãe-bebé mais forte (excepto um item que necessita de inversão).

Consistência interna: O MFAS demonstrou uma boa consistência interna para a escala global (Cranley, 1981; Mendes, 2002; Mercer et al, 1988; Scott & Hill, 2001; Grace, 1989), apesar dos coeficientes de correlação serem inferiores para as *subescalas* (Cranley, 1981; Grace, 1989). Assim, os valores de consistência interna têm sido aceitáveis de um modo geral. No entanto, foram referidas dificuldades na utilização do instrumento no início da gravidez (Grace, 1989; Vito, 1986; Caccia et al, 1991; Sjogren et al, 2004). Por exemplo, Grace (1989) que utilizou este instrumento no seu estudo longitudinal, refere que as grávidas na primeira metade da gravidez “saltavam” com frequência os itens relativos aos movimentos fetais, ou escreviam “*ainda não*”, em vez de escolherem uma resposta codificável. Alguns estudos que utilizam o MFAS para avaliação da vinculação prenatal no início da gravidez chegam a utilizar uma versão diferente da escala, excluindo os itens ou *subescalas* que consideram desapropriados para a avaliação no início da gravidez (Vito, 1986; Caccia et al, 1991; Sjogren et al, 2004). No entanto, nem sempre são apresentadas medidas de validade ou fidelidade das novas versões (Vito, 1986; Caccia et al, 1991). Também Sjogren e colaboradores (2004) referem que “*the original MFAS seemed to be most suitable for application in the*

last trimester of pregnancy”, e desenvolveram uma nova versão, de forma que a escala resultante pudesse ser respondida de igual modo no início e no final da gravidez.

Estudos da Validade

A validade da escala tem sido posta em causa (Laxton-Kane & Slade, 2002; Muller & Fekertich, 1992, 1993; Grace, 1989; Mercer et al, 1988; Sjogren et al, 2004), quer por comparação com medidas independentes, quer por análise factorial.

Validade Concorrente: O MFAS tem sido utilizado em conjunto com outros instrumentos (medidas independentes), mas os resultados nem sempre vão na direcção esperada, designadamente, em relação a uma entrevista com casais expectantes (Muller & Fekertich, 1992), em que as categorias geradas evidenciam uma semelhança limitada com as *subescalas*, e em relação à convergência com a avaliação da vinculação materna no pós-parto (Neonatal Perception Inventory, Broussard, 1980) por Cranley (1981), que Grace (1989) considera pouco convincente. Da mesma forma, Sjogren e colaboradores (2004) não encontraram nenhuma correlação do MFAS com a avaliação da personalidade da grávida, apesar de se esperar uma associação com algumas delas, nomeadamente em relação à avaliação da ansiedade (incluindo ansiedade cognitivo-social, insegurança e preocupações excessivas), à avaliação da extraversão (incluindo evitamento e “detachment”, descrito como a necessidade de distância relacional e “frieza” nas interacções, mas também uma subescala relativa à qualidade da relação com os próprios pais e outras pessoas significativas) e à avaliação da agressão-hostilidade (incluindo irritabilidade, mas também desconfiança em relação aos outros). No entanto, a relação estabelecida por Mendes (2002) entre o MFAS e o MAMA, nomeadamente a subescala “atitudes face à gravidez e o bebé”, poderá ser vista como um contributo para o estudo da validade concorrente. Da mesma forma, Huang, Wang e Chen (2004) estabeleceram uma relação entre a vinculação prenatal e a intensão de amamentar, a frequência de aulas de preparação para o parto, e a avaliação retrospectiva da imagem corporal pré-gravidez.

Validade de Constructo: Mas as principais críticas apontadas ao MFAS centram-se na sua validade de constructo. Desde logo, pela dificuldade de replicar as suas subescalas (Muller & Fekertich, 1993; Sjogren et al, 2004; Grace, 1989; Mercer et al, 1988;

Mendes, 2002; Huang, Wang & Chen, 2004). Mas, acima de tudo, pela esterilidade dos diferentes estudos que não têm sido capazes de evidenciar um modelo teórico consistente de compreensão da vinculação prenatal. Assim, há diferentes considerações a ter em conta na análise da validade de constructo. Por exemplo, Mercer e Ferketich (1988) não foram capazes de encontrar um modelo de causalidade para a vinculação prenatal (MFAS), a partir da avaliação do apoio social, da auto-estima, da ansiedade e da depressão como preditores (o apoio social, a auto-estima, a ansiedade e a depressão explicaram pouca variância da vinculação prenatal, tanto num grupo de grávidas de risco como no grupo de controlo) o que levou aqueles autores a concluir que as “available measures have not supported seminal theories about fetal attachment thus far” (Mercer et al, 1988: 94). Estes resultados são consistentes com os de Sjogren e colaboradores (2004) que também não conseguiram estabelecer nenhuma associação entre a avaliação da vinculação prenatal às 13 e às 36 semanas de gestação e a avaliação de uma série de medidas de personalidade, como a ansiedade e a depressão, ou dificuldades relacionais e emocionais diversas.

A subescala “Partilha do *Self*” foi também questionada por Grace (1989) na medida em que não evidenciou nenhuma relação com qualquer das outras variáveis avaliadas, o que foi interpretado em termos de uma maior vulnerabilidade à deseabilidade social, uma vez que os seus itens remetem para os comportamentos relativos ao bem-estar e à saúde do bebé. Outras críticas têm sido acrescentadas em relação à validade de constructo, na medida em que as suas subescalas parecem estar associadas à própria adaptação à gravidez (e não especificamente à relação mãe-bebé) (Grace, 1989), e na medida em que os estudos com este instrumento não têm evidenciado um modelo coerente de compreensão da vinculação materna na gravidez (Cranley, 1993; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mercer et al, 1988). Assim, a própria Mecca Cranley concluiu que não foi evidenciado nenhum modelo de compreensão da vinculação prenatal a partir da utilização do seu instrumento (Cranley, 1992, 1993), o que foi recentemente reforçado numa completa revisão dos diferentes estudos sobre a vinculação prenatal com o MFAS (Laxton-Kane & Slade, 2002).

Entre as diferentes críticas apresentadas, destacamos a questão relativa à avaliação da vinculação prenatal ao longo da gravidez, dada a natureza longitudinal do nosso estudo. Conceptualizar o desenvolvimento da relação mãe-bebé à luz das teorias da

vinculação implica conceber a construção desta relação como um processo gradual. E se, de facto, numa aplicação longitudinal do MFAS com uma amostra de 69 grávidas, Grace (1989) verificou que os valores da vinculação prenatal aumentaram significativamente ao longo da gestação, por outro lado, as dificuldades conceptuais de avaliação longitudinal por um instrumento construído para avaliação da vinculação prenatal no 3º trimestre, levam-nos a considerar a necessidade de abordagens alternativas que permitam confirmar a evolução da vinculação prenatal ao longo da gravidez. É óbvio que as grávidas no 3º trimestre respondem mais afirmativamente a itens como os relativos aos movimentos fetais, comparando com as grávidas no 1º trimestre de gravidez, mas podemos não o entender necessariamente como uma evolução da vinculação prenatal; isto terá que ver mais com factores fisiológicos e do desenvolvimento físico e motor do próprio bebé do que com uma evolução do comportamento afectivo da mãe propriamente dito. Assim, na evolução da “ligação mãe-bebé” deverá ter-se em conta outro tipo de indicadores de natureza mais “psicológica” que permitam melhor aferir o desenvolvimento da vinculação parental.

Consistente com esta consideração, Grace (1989) verificou que a sub-escala “Interacção com o feto” estava menos relacionada com a relação mãe-bebé posterior, por ser, segundo a autora, constituída por itens mais comportamentais, que serão menos relevantes para a vinculação parental que os processos cognitivos e emocionais da vinculação.

Assim, Carter-Jessop e Keller (1987), valorizando os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos na avaliação do laço emocional materno, recomendam que os estudos da relação mãe-bebé incluam tanto os comportamentos maternos como as actividades cognitivas, numa crítica aos estudos que, na linha da investigação da interacção materna pós-natal, têm privilegiado a observação comportamental, sobre a exploração (em entrevista ou questionário), das cognições e emoções subjacentes a esses comportamentos maternos³¹.

³¹ Muito recentemente, tem-se verificado um esforço significativo no sentido da construção de questionários de auto-relato para avaliação da relação mãe-bebé após o parto, valorizando a exploração dos sentimentos parentais além dos seus comportamentos de prestação de cuidados, com valores de validade de constructo e de fiabilidade satisfatórios (Scopesi, Viterbori, Sponza & Zucchinetti, 2004; Feldstein, Ham, Morrison & Huang, 2004).

Concluindo, a validade deste instrumento tem sido posta em causa (Muller & Ferketich, 1993; Muller, 1992; Laxton-Kane & Slade, 2002). É no seguimento destas críticas e dificuldades que Cranley (1992) reconhece as limitações das subescalas e sugere uma utilização unidimensional do instrumento. Além disso, a autora recomenda a sua utilização apenas depois do 2º trimestre e da percepção dos movimentos fetais (Cranley, 1992), na medida em que muitos dos seus itens são específicos da segunda metade da gravidez ao estarem muito centrados nos movimentos fetais. Face a estas limitações, foi construída uma versão reduzida que se aplicasse aos diferentes períodos da gravidez que se pretendia avaliar (cujo processo de construção e validação será apresentado no capítulo seguinte), e introduziu-se um segundo instrumento de avaliação da relação mãe-bebé que o pudesse complementar e validar.

Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale (MAES)

Descrição do objecto de avaliação e das subescalas: Desenvolvido por John T. Condon (1993), este instrumento avalia a Vinculação Emocional Materna no período prenatal, através de um questionário de auto-relato com 19 itens, propondo uma avaliação da relação afectiva da mãe com o bebé em torno de duas dimensões: a qualidade (experiência afectiva positiva vs. negativa) e a intensidade da relação (preocupada vs. desligada). A qualidade da experiência afectiva de vinculação, que pode ser positiva ou negativa, refere-se aos sentimentos de proximidade ou distância, de carinho ou irritação, positivos ou negativos em relação ao bebé (*"my feelings about the baby inside me have been: very positive / very negative"*, *"If the pregnancy was lost at this time (due to miscarriage or other accidental event) without any pain or injury to myself, I expect I would feel: very pleased / very sad"*). Remete para a tonalidade emocional das experiências relacionais associadas ao bebé (aos sentimentos que acompanham os pensamentos e comportamentos relativos ao bebé). A quantidade ou intensidade da ligação, avaliada em preocupada ou em desligada, refere-se ao grau de preocupação com o bebé equacionado em termos da quantidade de tempo dispendida a pensar, falar e a sonhar com o bebé, bem como à intensidade dos sentimentos que acompanham essas interacções (*"Over the past two weeks I have thought about, or been preoccupied with the baby inside me: almost all the time / not at all"*, *"Over the*

past two weeks I have been trying to picture in my mind what the developing baby actually looks like in my womb: almost all the time / not at all").

Com base no cruzamento destas duas dimensões, Condon propõe quatro estilos de vinculação parental: *Positivamente Preocupado*, caracterizado por uma experiência afectiva positiva e um forte investimento emocional (experiência de grande envolvimento com o bebé, acompanhada de sentimentos de proximidade, desejo do bebé e carinho); *Positivamente Desinteressado*, caracterizado por uma experiência afectiva positiva mas acompanhada de um desinvestimento emocional (a experiência afectiva tem uma tonalidade afectiva positiva, com sentimentos positivos de proximidade, desejo do bebé e carinho, mas a entrega a esta experiência de vinculação é menor, ou por concorrência de outros papéis, ou por evitamento, por exemplo, decorrente da amniocentese); *Negativamente Preocupado*, caracterizado por uma grande preocupação e envolvimento com o bebé, mas associada a ansiedade ou ambivalência numa preocupação ansiosa ou numa racionalização excessiva desta relação (assim, a quantidade de tempo dedicada ao bebé, não é acompanhada de uma tonalidade emocional positiva); *Negativamente Desinteressado*, caracterizado por uma experiência afectiva negativa ou ambivalente e um desinvestimento emocional perante o bebé.

Escala de resposta e cotação dos itens: Cada afirmação é acompanhada por 5 opções de resposta a partir das quais se deriva um valor que quanto mais elevado for, “maior” a vinculação emocional prenatal, havendo 11 itens a inverter.

Consistência interna: O MAES evidenciou valores muito satisfatórios de consistência interna (Condon, 1993).

Estudos da Validade

Validade Concorrente: O estudo qualitativo de Muller e Ferketich (1992) revelou que as categorias derivadas por análise de conteúdo parecem sobrepor-se às subescalas do MAES. De referir também o estudo de Pollock e Percy (1999), em que a avaliação recolhida pelo MAES evidenciou consistência com a avaliação de risco parental realizada, em que a maioria das participantes identificadas por evidenciarem risco de negligência ou abuso parental revelaram também valores negativos de vinculação

prenatal.

Validade Discriminante: O MAES parece ser sensível a factores como a depressão e o apoio social (Condon & Corkindale, 1997), o bem estar psicossocial da grávida e a qualidade da sua relação conjugal (Colpin, et al, 1998) e o planeamento da gravidez (Condon & Esuvaranathan, 1990). Pollock e Percy (1999) verificaram ainda que o MAES é capaz de discriminar as grávidas em risco de desenvolver comportamentos de negligência e abuso fetal.

Validade de Constructo: Estes estudos fundamentam também a validade de constructo do instrumento, na medida em que evidenciam factores que se esperava condicionassem a vinculação prenatal, tais como a depressão e o apoio social (Condon & Corkindale, 1997) ou o bem-estar psicossocial e a qualidade da relação conjugal (Colpin et al, 1998). Assim, os resultados que têm sido obtidos nos diferentes estudos desenvolvidos com este instrumento são consistentes entre si, e são coerentes com os modelos de compreensão da vinculação prenatal. Ao contrário do MFAS, o questionário desenvolvido por Condon (1993) está especificamente centrado nos sentimentos, atitudes e comportamentos em relação ao bebé, e não no estado gravídico, na aquisição do papel maternal, etc. De reter a comparação que Sjogren e colaboradores (2004) estabelecem entre os dois instrumentos, em que referem que

“the different characteristics of the two scales may reflect the different cultures in which were they created, the world of midwifery and obstetrics [where basic physical security is fundamental], on the one hand, and the more abstract intellectual world of psychology, on the other” (Sjogren et al, 2004, 67).

Esta (de)apreciação destes autores evidencia (paradoxalmente) as razões que nos levaram a privilegiar este segundo instrumento em detrimento daquele que, como Sjogren e colaboradores também notaram, desvaloriza os sentimentos maternos pelo bebé, não incluindo, além disso, nenhuma questão relativa ao “detachment” que só poderá ser expressa em termos de uma resposta de “desacordo”. O presente trabalho, enquadrado que está no domínio da Psicologia (que alguns poderão considerar relativamente “obscuro” ou abstracto, preferindo enveredar por formulações mais pragmáticas e “palpáveis” mas menos consistentes do ponto de vista teórico, relativamente aos seus processos psicológicos subjacentes) enfatizará naturalmente

este segundo instrumento pela sua maior concordância / adequação aos pressupostos que o orientaram.

Concluindo, este instrumento, apesar de não ter sido tão usado (e testado), pareceu evidenciar qualidades promissoras na avaliação da relação mãe-bebé, dimensão central no nosso estudo.

4.6.3. AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DO CORPO

A relação com o corpo constitui também uma variável-chave deste estudo. Assim, apesar da avaliação da relação com o corpo grávido estar já contemplada no Questionário de Avaliação da vivência da Gravidez - abordando de forma mais específica as questões relativas ao corpo grávido, e, em especial, a vivência da “barriga grávida” - , considerou-se importante incluir uma avaliação mais geral da relação com o corpo, referente a uma vivência mais global da corporalidade, que incluísse aspectos que não fossem específicos da gravidez, na medida em que se postula que, apesar da especificidade da vivência corporal na gravidez, esta será condicionada em grande parte pela forma como a relação com o corpo foi construída ao longo do desenvolvimento psicológico da mulher (agora grávida), e que esta forma como a grávida se relaciona com o seu corpo precede a própria gravidez (Harrison, 1990³²). Assim, a vivência do corpo na gravidez, será condicionada não só pelas vivências corporais gravídicas, mas também em larga medida pela relação que a mulher estabeleceu com o seu corpo ao longo da sua história desenvolvimental e que influenciará também a própria forma como experienciará as transformações e vivências corporais da gravidez. Além disso, a avaliação do corpo patente no MAMA – além de algumas fragilidades em termos da sua consistência interna (Mendes, 2002; Figueiredo, Mendonça & Sousa, 2002) e da sua validade (Kumar, Robson & Smith, 1984) – sofre também das limitações já abordadas no capítulo dedicado à vivência do corpo (cap. 3), em termos de uma avaliação muito limitada e superficial da relação com o corpo que se centra especialmente na satisfação com a avaliação da aparência física, não abordando as vertentes mais experienciais e relacionais da corporalidade.

Mas, há falta de instrumentos que nos permitam explorar estas dimensões sendo que, a maioria dos questionários existentes avalia dimensões muito específicas (Orbach & Mikulincer, 1998), e reflectem as dificuldades conceptuais já abordadas. Além disso, o facto de estarmos interessados na avaliação de um nível mais organizativo e nuclear da dimensão corporal que, como foi já referido, é em larga medida “wordless” e “inconsciente” (Casey, 1987), introduz dificuldades acrescidas à sua avaliação. Assim,

³² As mulheres com imagem corporal positiva anterior à gravidez planeada tendiam a apresentar reacções mais positivas face às alterações corporais da gravidez e do pós-parto.

para avaliar a relação com o corpo da mulher grávida, confrontámo-nos com grandes limitações em termos dos instrumentos disponíveis.

Se era fundamental incluirmos um questionário específico de avaliação da relação com o corpo, a escolha desse instrumento não era fácil. Entre os questionários que foram considerados mais abrangentes, abordando diferentes dimensões da experiência corporal, destacamos o *Body Experience Questionnaire* (Strauss & Appelt, 1996) e o *Body Investment Scale* (Orbach & Mikulincer, 1998), sendo que, apesar da sua ampla utilização com populações adultas, excluímos o primeiro pela sua especificidade em termos da capacidade de discriminar populações clínicas (do ponto de vista da relação com o corpo), o que estava fora do âmbito do presente estudo, não correspondendo aos objectivos delineados. Portanto, o facto de o *Body Experience Questionnaire* (Strauss & Appelt, 1996) ter evidenciado pouca validade discriminante no estudo de populações não clínicas (como as que constituem a nossa amostra), levou-nos a concluir que este instrumento não se adequava a este estudo.

Assim, apesar de ter sido desenvolvido para adolescentes, optou-se pelo segundo instrumento, o *Body Investment Scale*, que passamos a descrever em maior detalhe, reflectindo-se sobre a sua adequação e utilidade para a compreensão e avaliação da relação com o corpo na gravidez.

Body Investment Scale (BIS)

Descrição do objecto de avaliação e das subescalas: Desenvolvido por Israel Orbach e Mario Mikulincer (1998), o BIS avalia o investimento emocional no corpo através de um questionário de auto-relato com 24 itens. Este instrumento foi construído para uma população adolescente com risco de suicídio, e organiza a relação com o corpo em torno de quatro dimensões: *Body image feelings & attitudes* (avaliação mais tradicional da imagem corporal: “*I am satisfied with my appearance*”); *Comfort in touch* (conforto face ao toque: “*I don’t like it when people touch me*”); *Body care* (cuidado com o corpo: “*In my opinion it is very important to take care of the body, I like to pamper my body*”); e *Body protection* (protecção pessoal: “*I am not afraid to engage in dangerous activities*”).

Escala de resposta e cotação dos itens: Este questionário é constituído por uma escala de resposta tipo *likert* de 5 pontos entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”, em que valores mais elevados traduzem sentimentos mais positivos em relação à imagem corporal e em relação ao toque, e maior cuidado e protecção em relação ao corpo. Para tal, é necessário proceder à inversão de 8 itens.

Consistência interna: Apesar da sua consistência interna ter sido demonstrada na população adolescente que os autores utilizaram (Orbach & Mikulincer, 1998), não se conhecem estudos com adultos ou mais especificamente com grávidas.

Estudo da Validade

Validade de Constructo: Em termos da adequação do enquadramento teórico que suportou a concepção e construção do BIS, destacamos o significado desenvolvimental e psicossocial apresentado pelos autores em relação à importância do cuidado e protecção pessoal do corpo, o significado psicossocial referido do conforto face ao toque, e a pertinência da avaliação da imagem corporal que será também uma dimensão incontornável da avaliação da experiência corporal (tão enfatizada na investigação psicológica sobre o corpo). Assim, os autores compreendem o cuidado e a protecção do corpo como resultante de um processo de interiorização dos cuidados parentais (o que é confirmado pela associação encontrada entre o cuidado parental e o comportamento de cuidado e protecção por parte dos filhos, citando Frankl (1963), Green (1978) e Lewis e colaboradores (1966), proporcionando, desta forma, uma compreensão mais psicológica e desenvolvimental da relação com o corpo e dos comportamentos estudados por estes autores, em que os comportamentos suicidas traduziriam, não uma falha dos mecanismos biológicos automáticos, mas sim um problema ao nível da aprendizagem do cuidado e protecção pessoal do corpo com raízes na (falta de) qualidade dos próprios cuidados parentais, apontando, portanto, para a origem desenvolvimental e relacional desses comportamentos de cuidado e protecção pessoal do corpo, o que é consistente com a conceptualização teórica que orienta este trabalho, e que contribui para a validade de constructo deste instrumento. Na reflexão sobre a validade de constructo do instrumento, é importante abordar a adequação e o significado destas dimensões na gravidez. Apesar de não se conhecerem estudos com o BIS no contexto da gravidez, considerou-se que estas

dimensões se revestiam de um significado muito particular nesta transição. Assim, e a par da avaliação mais tradicional da “Imagem Corporal” (cujo papel no ajustamento psicossocial na idade adulta, Orbach e Mikulincer, 1998, destacam, e que, tal como Earle, 2003, também nós consideramos uma dimensão importante na gravidez, como foi já discutido), também o “Cuidado com o Corpo” e a “Protecção do Corpo”, poderão ter um significado muito particular para a mulher grávida, uma vez que tem que cuidar e proteger o seu corpo de forma a cuidar e proteger o seu bebé. Assim, o cuidado e a protecção do corpo (ou a sua “ausência”), envolvem, na gravidez, um significado e um conjunto de comportamentos muito específicos. Assim, há na gravidez toda uma preocupação com o corpo (i.e., com o cuidado e a protecção do corpo) que lhe é muito específica. O “Conforto face ao Toque” foi outra dimensão que se considerou adequada à avaliação da gravidez, pois reconhecemos que a gravidez envolve uma nova forma de “partilhar” o corpo, enfatizando-se desta forma a natureza relacional e comunicacional da experiência corporal já abordada.

Os autores evocam, ainda, a própria correlação entre as subescalas do BIS (que não ultrapassa o valor de 0.47³³) como forma de fundamentar a pertinência das diferentes dimensões em análise - na sua associação, mas também da sua relativa independência - em que não haverá sobreposição entre elas, mas sim uma interdependência relativa, constituindo um todo que será a qualidade do investimento emocional no corpo.

Validade Concorrente: Podemos ainda enfatizar a relação estabelecida pelos autores entre o BIS e a qualidade das relações de vinculação precoces, destacando-se a sua associação com a percepção dos cuidados maternos precoces (“perceived early maternal care”), com a superprotecção materna e com a auto-estima, reforçando o valor deste instrumento na compreensão de dimensões psicológicas relevantes para a investigação no âmbito da psicologia da gravidez e da vinculação prenatal. E de facto, foi possível encontrar uma correlação significativa entre a vivência corporal e o estilo de vinculação, as atitudes face à sexualidade, as atitudes face à gravidez e ao bebé, e a satisfação conjugal num estudo preliminar do BIS com uma amostra de grávidas (Meireles & Costa, 2004).

³³ O Body Image correlaciona-se com o Body Touch ($r=0.27^{**}$), com o Body Car ($r=0.36^{**}$), e com o Body Protection ($r=0.37^{**}$), e o Body Care relaciona-se com o Body Touch ($r=0.28^*$) e com o Body Protection ($r=0.47$).

Concluindo, apesar de não serem conhecidos estudos no âmbito da gravidez com este instrumento, o BIS parece proporcionar uma avaliação adequada e relevante da relação com o corpo, sendo pertinente a sua utilização neste estudo, o que é reforçado pelos elevados valores de fidelidade e validade encontrados noutro contexto de investigação (Orbach & Mikulincer, 1998).

4.6.5. AVALIAÇÃO DA VINCULAÇÃO

Na operacionalização das variáveis a explorar na compreensão da relação com o bebé e da experiência corporal na gravidez, considerou-se pertinente introduzir ainda a avaliação da qualidade da vinculação da grávida, na medida em que é reconhecido o seu papel na forma como o sujeito psicológico se relaciona com o *self* e com o outro (com o objecto de vinculação, que será neste caso, o bebé). Esta dimensão não se sobrepõe à avaliação da relação com a mãe já abordada (QAG), na medida em que se centra menos na avaliação dessa relação propriamente dita, e mais na avaliação das estruturas de vinculação / nos modelos internos de si e do outro. Ainda que se reconheça a importância daquela relação para a qualidade desses modelos internos, estes constituem uma reconstrução pessoal que foi sendo reformulada e actualizada ao longo de todo o desenvolvimento nas diferentes relações significativas estabelecidas. Por outro lado, a avaliação da qualidade da vinculação também foi considerada pertinente pelo reconhecimento de que é nos momentos de crise (como a gravidez) que estes modelos internos são mais importantes, definindo formas de lidar com as emoções e com as necessidades emocionais de apoio decorrentes, em que se destacam as expectativas associadas à disponibilidade das figuras de vinculação e a percepção de ser ou não merecedor dessa disponibilidade. Esta avaliação da qualidade da vinculação focalizou não só a relação com a própria mãe, mas também a relação com o próprio pai. Apesar da grande tradição na psicologia associada à valorização da relação com a mãe na qualidade do desenvolvimento psicossocial do indivíduo, há cada vez mais evidências da importância de que a relação paterna também se reveste, por exemplo ao nível da qualidade da relação com o próprio corpo em termos de imagem corporal (Barbosa & Costa, *in press*). Além disso, e tendo em conta a tradicional ênfase na reconstrução da relação com a própria mãe como inerente à transição para a maternidade durante a gravidez, em que essa relação estaria em processo de actualização, a exploração da vinculação em relação ao pai permitiria eventualmente uma avaliação mais “estável” e mais fidedigna das estruturas de vinculação da grávida. Portanto, entendeu-se que a avaliação da vinculação ao pai e à mãe seria pertinente neste estudo.

Na selecção do instrumento de avaliação desta dimensão alguns aspectos foram valorizados. A avaliação da vinculação adulta que se desenvolveu privilegiando a

utilização de entrevistas (Adult Attachment Interview, George, Kaplan & Main, 1985; Family Attachment Interview, Bartholomew & Horowitz, 1991), tem evoluído também no sentido da construção de questionários de auto-relato que, para além das vantagens óbvias em termos da sua utilização no presente trabalho (quer em relação ao número de participantes envolvidos, quer em relação às condições de recolha de dados disponíveis), tem também evidenciado resultados prometedores em termos da sua validade e fidelidade. Assim, incluímos o Questionário da Vinculação à Mãe e ao Pai (QVPM, Matos, Almeida & Costa, 1998) no nosso estudo, o que constitui uma mais-valia na compreensão das dimensões em análise. Apesar de o QVPM ter sido construído para uma população de adolescentes, a sua utilização tem-se estendido aos jovens-adultos e a casais adultos, com igual robustez.

Questionário da Vinculação ao Pai e à Mãe III (QVPM)

Descrição do objecto de avaliação e das subescalas: O QVPM (Matos, Almeida & Costa, 1997) é um questionário de auto-avaliação construído para avaliar as percepções relativamente às relações de vinculação actuais, num conjunto de 30 itens, distribuídos equitativamente em três dimensões, denominadas: *Inibição da exploração e da individualidade* (IEI, “Os meus pais estão sempre a interferir em assuntos que só têm a ver comigo”), *Qualidade do Laço Emocional* (QLE, “Sei que posso contar com os meus pais sempre que precisar deles”), e *Ansiedade de separação e dependência* (ASD, “Não sou capaz de enfrentar situações difíceis sem o apoio dos meus pais”). Com base nestas dimensões, é possível classificar os indivíduos quanto ao seu estilo de vinculação em seguro, preocupado, amedrontado e desinvestido. A estrutura factorial é comum ao pai e à mãe.

Escala de resposta e cotação dos itens: É pedido aos sujeitos que se posicionem numa escala *likert* de seis pontos, de acordo com os seus sentimentos e pensamentos sobre a relação com cada progenitor, desde o “discordo totalmente” (1) até ao “concordo totalmente” (6), em que a valores mais elevados de qualidade do laço emocional e mais reduzidos de ansiedade de separação e dependência e de inibição da exploração e individualidade.

Estudos da consistência interna: Os diferentes estudos que têm utilizado este instrumento confirmam a invariância estrutural do questionário, replicando a estrutura em três factores, quer com recurso a análises factoriais exploratórias (Barbosa, 2001; Silva & Costa, 2000; Barbosa, 2002; Galvão, *no prelo*; Moura & Matos, *em preparação*, cits por Matos & Costa, 2004), quer a análises factoriais confirmatórias (Oliveira & Costa, 2000; Bastos & Costa, 2004; Matos et al, 1998). Da mesma forma, é possível verificar que, os valores da consistência interna são muito satisfatórios em diferentes estudos (Barbosa, 2001; Silva & Costa, 2000; Barbosa, 2002; Galvão, *no prelo*; Moura & Matos, *em preparação*; Oliveira & Costa, 2000; Bastos & Costa, 2004; Matos et al, 1998, cits por Matos & Costa, 2004).

Estudos da Validade

Validade de constructo: Tem sido estudada pela exploração da relação entre os resultados obtidos pelo QVPM e outras medidas independentes como o *Inventory of Parent and Peer Attachment* de Armsden e Greenberg (1987), o *Parental Separation Inventory* de Hoffman (1984) e o *Self-Description Questionnaire III* de Marsh e colaboradores (1983), verificando-se que as associações encontradas vão ao encontro das previstas, ie, a avaliação do QVPM é consistente com os factores e os indicadores associados à qualidade do desenvolvimento psicossocial dos indivíduos avaliados (Matos et al, 1998).

Validade Côncorrente: A validade deste questionário foi ainda testada ainda por comparação com as classificações da vinculação atribuídas mediante a *Family Attachment Interview* (Bartholomew & Horowitz, 1991) que levou os autores a concluírem que, apesar das diferenças inerentes à avaliação por entrevista ou por auto-relato que inevitavelmente se reportam a aspectos diferentes dos constructos psicológicos em análise, é possível validar a avaliação das dimensões da vinculação pelo QVPM (Matos, 2002).

Validade Discriminante: O QVPM mostrou ser capaz de distinguir os sujeitos em relação a dimensões psicológicas relevantes, tais como a experiência de solidão

(Bastos, 2005) e a experiência emocional do toque em jovens-adultos universitários (Barbosa, 2002) ou a imagem corporal em adolescentes (Barbosa & Costa, *in press*).

Concluindo, dispomos de dados muito animadores relativos à capacidade do QVPM avaliar aquilo a que se propõe. No entanto, o instrumento foi desenvolvido para uma amostra de adolescentes, e é com esta população que tem sido mais usado (Matos, Barbosa, Almeida & Costa, 1999; Barbosa, 2001; Oliveira & Costa, 2000; Galvão, *no prelo*; Moura & Matos, *em preparação*, *cits por* Matos & Costa, 2004) ainda que alguns estudos com jovens-adultos (normalmente universitários) sejam também conhecidos (Barbosa, 2002; Bastos & Costa, 2002, cit por Matos & Costa, 2004), não sendo conhecida, no entanto, a sua utilização com adultos, ou mais especificamente com grávidas. Ora, os adolescentes apresentam naturalmente especificidades na sua relação com os pais, inerentes à etapa do desenvolvimento que atravessam. Aliás, os autores verificam que o instrumento é sensível a diferentes períodos desenvolvimentais, encontrando algumas alterações nas propriedades do questionário entre adolescentes mais novos e mais velhos, nomeadamente na correlação entre as subescalas e na capacidade discriminativa dos itens (Matos & Costa, 2004). Portanto, para a sua utilização no âmbito do presente estudo com grávidas adultas, foi necessário ajustar a formulação de alguns itens (o que foi discutido com as autoras do instrumento no sentido de validar estas alterações), no sentido de os adequar à etapa desenvolvimental em estudo, com a preocupação de não adultar o conteúdo dos itens³⁴.

³⁴ Por exemplo, em vez de “Estou sempre ansioso por chegar a casa.”, adaptou-se para “Estou sempre ansiosa por ir a casa dos meus pais”; ou, em vez de “Se tivesse de ir estudar para longe dos meus pais, sentir-me-ia perdido.”, substituiu-se por “Se tivesse de ir morar para longe dos meus pais, sentir-me-ia perdido.” Ou ainda, em vez de “Apesar de gostar muito de estar com os meus amigos, é bom regressar a casa.”, propõe-se “Apesar de gostar muito de estar com o meu marido/companheiro, é bom ir a casa dos meus pais.”.

4.6.6. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO CONJUGAL

Na compreensão da relação com o bebé e da relação com o corpo da grávida que constitui o objectivo deste estudo, é incontornável a importância do contexto conjugal em que a gravidez necessariamente se enquadra. A importância deste contexto relacional não se esgota na questão do estado civil em si, sendo igualmente relevante ter em conta a qualidade dessa relação, a sua tonalidade afectiva. Assim, foi incluído um questionário de avaliação da satisfação conjugal. Dos diferentes questionários explorados para esse efeito, optou-se pela Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais (Narciso & Costa, 1996), na medida em que concilia a exploração da funcionalidade com a dimensão da afectividade, considerada essencial à avaliação subjectiva da conjugalidade. Além disso, apesar da diversidade dos conteúdos abordados, este instrumento não inclui a avaliação da dimensão parental, o que o torna particularmente adequado a este estudo em que muitas das participantes são primíparas, não dispondo de experiências prévias relativas ao funcionamento conjugal associado à relação com os filhos.

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais (EASAC)

Descrição do objecto de avaliação e das subescalas: Construída por Isabel Narciso e Maria Emília Costa (1996) para avaliação da satisfação em diferentes áreas da vida conjugal, trata-se de uma escala de auto-avaliação que entende a satisfação como “o julgamento de maior ou menor satisfação conjugal que surge do olhar avaliativo sobre o tecido relacional” (Narciso & Costa, 1996, 115). Pretende recolher uma avaliação pessoal e subjectiva da conjugalidade, quer em relação ao amor (os sentimentos que cada um nutre pelo outro, incluindo paixão, intimidade e investimento/compromisso; por ex. “*O que eu sinto pelo meu marido/companheiro*”), quer em relação ao funcionamento conjugal (o modo como se organizam e regulam as relações conjugais; por ex. “*o modo como tomamos decisões*”).

A escala é constituída por 44 itens correspondentes a *zonas da vida conjugal*, os quais se organizam em cinco áreas da vida conjugal relativas à *dimensão funcionamento conjugal* e a *cinco áreas da vida conjugal* relativa à *dimensão amor*. As áreas que

procuram avaliar o funcionamento do casal são: Funções Familiares, Tempos Livres, Autonomia, Relações Extra-Familiares, e Comunicação e Conflitos. As áreas que se referem ao amor do casal são: Sentimentos e Expressão de Sentimentos, Sexualidade, Intimidade Emocional, Continuidade, e Características Físicas e Psicológicas. Dos 44 itens, 16 representam zonas cujo foco é o casal, 14 representam zonas cujo foco é o outro, e outros 14 representam zonas cujo foco é o próprio.

Escala de resposta e cotação dos itens: Trata-se de uma escala de Likert em seis pontos que confronta o indivíduo com a avaliação da sua satisfação em cada item entre o “Nada Satisfeito” (1) e o “Completamente Satisfeito” (6), pelo que a valores mais elevados correspondem (obviamente) grávidas mais satisfeitas com a sua relação conjugal. O questionário proporciona uma leitura bidimensional dos resultados (em termos de funcionamento e de amor conjugal) mas também uma análise dos resultados específicos de cada área conjugal.

Estudos da validade e fidelidade: Os autores reportam valores *alpha* muito elevados (0.97 na dimensão “amor” e 0.90 na dimensão “funcionamento”), bem como um estudo alargado da validade da escala (validade de conteúdo / constructo, e validade concorrente e divergente) (Narciso & Costa, 1996) e outra investigação de Oliveira e Costa (2005).

4.6.7. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Realizou-se, ainda, a recolha de um conjunto de outras informações consideradas relevantes na compreensão das variáveis em estudo. Assim, foi construído um Questionário Sócio-Demográfico no sentido de obter informação social e demográfica da grávida e do seu companheiro, bem como os dados relativos ao agregado familiar, história de problemas obstétricos e psicológicos ou psiquiátricos das participantes (Ficha de Identificação em Anexo).

Privilegiou-se a recolha de informação por auto-relato sobre a consulta dos processos clínicos ou outra fonte de informação por se valorizar as percepções pessoais e subjectivas (sobre os “factos” objectivos) na sua influência nos processos de adaptação à gravidez.

As questões colocadas referiram-se a aspectos como a idade, o estado civil e agregado familiar, o número de filhos, a escolaridade e a situação profissional. As informações mais especificamente relacionadas com a gravidez incluíram o tempo de gestação, a percepção de movimentos fetais, o auto-relato de “gravidez planeada”, a reacção inicial à gravidez, a percepção de gravidez de risco, o auto-relato da realização de exames obstétricos, e a percepção de dificuldade de engravidar. Foram também avaliados deste modo aspectos psicossociais como a percepção de apoio social e o auto-relato de história de depressão ou outra situação de psicopatologia.

A variável idade foi registada de acordo com o número de anos referido pelo sujeito e agrupada em cinco grupos etários: gravidez adolescente (até aos 19 anos), dos 20 aos 25 anos, dos 26 aos 30 anos, dos 31 aos 35 anos, e gravidez tardia (mais de 35 anos). Em algumas análises, foram considerados apenas três grupos etários: gravidez adolescente, gravidez “normal” (20-34), e gravidez tardia.

A variável estado civil foi classificada como: casada (pela primeira vez), recasamento, união de facto, solteira, e divorciada. Em algumas análises, agrupou-se as participantes que mantinham relação estável com o pai do bebé (casada pela 1ª vez, recasamento, e união de facto) numa única categoria de análise.

O agregado familiar da grávida, explorado a partir da resposta à pergunta “Com quem vive?”, foi classificado quanto a: família nuclear, família alargada, família de origem, outro agregado familiar.

O nível de escolaridade foi classificado tendo em conta o grau de escolaridade atingido: 1º ciclo (até ao 4º ano de escolaridade), 2º ciclo (entre o 5º e o 6º ano de escolaridade), 3º ciclo (entre o 7º e o 9º ano de escolaridade), secundário (entre o 10º e o 12º ano), e superior (escolaridade superior ao 12º ano).

Recolheu-se informação relativa à situação profissional da grávida em termos de estar empregada, desempregada, trabalhar por conta própria, estudante / em formação, doméstica, ou outros (pedia-se para especificar qual).

A variável paridade foi registada de acordo com o número de filhos referido pelo sujeito e agrupada em três grupos: primípara (1º filho), grávida com um filho, grávida com dois ou mais filhos.

Em relação à variável gravidez planeada, pediu-se a cada grávida que indicasse se a sua gravidez tinha sido planeada numa escala de três pontos: “sim”, “mais ou menos”, e “não”. Em algumas análises, foram agrupadas as duas primeiras categorias, de forma a evidenciar o grupo das grávidas que não tinham planeado a sua gravidez.

Gravidez desejada: reacção inicial à gravidez (da grávida e do conjuge). Pediu-se a cada participante que indicasse qual tinha sido a reacção inicial à notícia de gravidez, separadamente, numa dupla escala de quatro pontos: de “muito feliz” a “nada feliz”, e de “muito preocupada” a “nada preocupada” com a notícia da gravidez. Esta variável foi tratada como variável métrica, assumindo-se aquela escala de resposta como uma escala tipo *likert*. Em algumas análises, no entanto, esta variável foi tratada como nominal ou categorial, agrupando-se, para o efeito, os pontos contíguos da escala de resposta. Este procedimento permite comparar determinadas dimensões psicológicas avaliadas quanto ao facto de se ter ou não “desejado” a gravidez, destacando o grupo das grávidas que não tinham desejado a sua gravidez.

A variável história de depressão foi registada apenas de acordo com os dados referidos pelo sujeito em termos de ter tido já algum tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico, quando e porquê (depressão ou outro motivo, e qual). Estes dados foram classificados posteriormente em quatro grupos: história de episódio depressivo no passado (há mais de 1 ano), depressão recente ou actual (no último ano), outros motivos de acompanhamento psicológico / psiquiátrico, e sem experiência de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Uma vez que nos “outros motivos de acompanhamento” se incluíram situações tão diversas como o acompanhamento institucionalizado das situações de infertilidade ou a orientação vocacional, e muitas vezes não era sequer especificada a razão do acompanhamento, só se considerou para efeitos de análise, a referência a episódio depressivo (recente ou actual / passado / ausente).

Para avaliar a percepção de apoio social, foi pedido que cada participante indicasse se “tem tido apoio dos outros?” numa escala de resposta em quatro pontos do “nenhum”, ao “pouco”, até ao “bastante”, e ao “muito”.

A percepção de apoio social e a história de depressão foram obtidas apenas por questões isoladas de resposta directa, por não se tratarem de variáveis em estudo privilegiadas e pela necessidade de limitar o número de questionários a preencher. Assim, sem deixar de se reconhecer o interesse que a avaliação mais capaz daquelas variáveis poderia ter, mediante instrumentos de avaliação específicos, tal não se enquadrava nos objectivos específicos do presente estudo pelo que se optou por incluir apenas uma forma mais limitada de avaliação destas, que permitisse controlar minimamente o efeito de variáveis parasitas que pudessem confundir os resultados obtidos. Os resultados conseguidos por este meio terão, no entanto, que ser interpretados com cautela.

O tempo de gestação, foi registado pelo número de semanas de gestação de cada participante, classificando-se, posteriormente, quanto ao trimestre de gravidez em função desse registo: 1º trimestre (até às 14 semanas), 2º trimestre (das 15 às 27 semanas), e 3º trimestre (mais de 28 semanas).

A percepção de movimentos fetais foi avaliada pedindo a cada participante que indicasse se “Já sentiu o bebé?” em três alternativas de resposta: “sim”, “mais ou menos” ou “não”.

A realização de exames obstétricos foi registada pedindo a cada participante que indicasse se já tinha feito ecografia e/ou amniocentese. Esta variável foi depois codificada separadamente para a experiência de ecografia (sim ou não) e para a experiência de amniocentese (sim ou não).

Avaliou-se a percepção de risco associado à gravidez, pedindo-se a cada participante que indicasse a existência de complicações médicas associadas e as classificasse como muito ou pouco graves, resultando em três categorias de análise: gravidez sem risco, gravidez com algum risco, gravidez de risco elevado, de forma a enfatizar a própria percepção de risco (e que pode ser diferente da gravidade objectiva da situação obstétrica) facilitando também a própria classificação das respostas.

Avaliou-se a história de aborto, pedindo-se a cada participante que indicasse a existência de alguma experiência passada de aborto, especificando-se o número e o tempo que decorreu até à actual gravidez. Estes dados foram classificados posteriormente em quatro grupos com diferentes níveis de “gravidade”, quanto à sua quantidade e à sua proximidade no tempo. A natureza melindrosa no actual quadro legal e cultural da variável “tipo de aborto” (voluntário ou involuntário) levou-nos a excluí-la da nossa análise, reconhecendo, no entanto, a importância que poderia ter a intencionalidade para uma melhor compreensão do significado da experiência de aborto e seu impacto na experiência de gravidez.

Avaliou-se a percepção da dificuldade de engravidar pela dificuldade de engravidar tal como era percebida pelas participantes, em termos de “nenhuma”, “alguma”, ou “muita” dificuldade de engravidar. Mais uma vez, foram desvalorizados os dados mais “objectivos” que poderiam ter sido avaliados em termos de quantidade de tempo decorrente na tentativa de engravidar, enfatizando-se, como já foi assumido, a própria percepção subjectiva dessa dificuldade que será relativamente independente da

difficuldade “objectiva”, tendo, no entanto, maior influência na vivência psicológica da gravidez em estudo.

A definição e operacionalização das variáveis a avaliar procurou ser suficientemente abrangente, de forma a incluir os principais aspectos relevantes na compreensão da experiência da gravidez, sem ser no entanto demasiado extensa ou intrusiva, o que poderia desmobilizar a participação das grávidas da nossa amostra. Além disso, procurou simplificar-se ao máximo as possibilidades de resposta para facilitar a sua compreensão por parte de uma amostra com reconhecidas limitações culturais, e para que não envolvesse um período de tempo acrescido, o que dificultaria as condições de administração dos questionários. Assim, apesar de algumas questões poderem ter sido mais desenvolvidas, considerou-se que, no essencial, foi possível abordar um conjunto de variáveis que proporciona uma apreciação relativamente clara e completa das circunstâncias que envolviam as grávidas em estudo.

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

CAPÍTULO 5.

CONSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

CAPÍTULO 5. CONSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

5.1. ASPECTOS RELATIVOS AO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Após a selecção dos instrumentos, foram testadas as propriedades psicométricas das escalas, num processo de adaptação em relação à amostra utilizada que proporcionou a avaliação e o desenvolvimento dos próprios instrumentos. Em resultado desta análise, os questionários utilizados sofreram alterações, no sentido de potenciar a fiabilidade e a validade dos resultados obtidos.

A construção e validação de escalas assentam num conjunto de três tipos de procedimentos: teóricos, empíricos, e analíticos (Pasquali, 1999, cit em Freire & Almeida, 2001). Estes aspectos orientaram os procedimentos de adaptação e construção dos instrumentos utilizados.

A **nível teórico**, a validação de um instrumento pressupõe que a teoria que o fundamenta se encontre devidamente explicitada, quer na definição do constructo a avaliar, mas também na explicitação dos comportamentos (itens) que constituem uma representação adequada desse constructo. Estes procedimentos teóricos foram enfatizados no processo de selecção dos instrumentos de avaliação, em que o critério primário foi precisamente a qualidade e a adequação da fundamentação teórica dos instrumentos, bem como a clareza e pertinência dos itens propostos, em termos da sua adequação para a avaliação dos respectivos constructos.

Na avaliação do **valor empírico** dos instrumentos é de destacar os procedimentos que presidiram à sua tradução e adaptação, com a finalidade de adequar ao nosso estudo concreto a avaliação das dimensões em análise.

No processo de validação de instrumentos já existentes, a *adaptação inter-cultural e linguística* são normalmente consideradas fundamentais para garantir que o mesmo instrumento de medição se possa aplicar em culturas diferentes (Ferreira & Marques, 1998). Para esta adaptação, após a tradução e retroversão dos itens, estes foram administrados a um pequeno grupo (n=10) para testar a compreensão do seu

vocabulário e formulação, através do método da “reflexão falada”, com o objectivo de aperfeiçoar os itens, escolher os termos melhor compreendidos, suprimir expressões ambíguas ou vagas e detectar situações geradoras de ansiedade (Almeida & Freire, 2000). Este procedimento proporcionou assim um processo de análise e reformulação dos itens.

Para este processo, foi importante ter em conta que, no estudo da gravidez, os significados são construções sociais e culturais, geralmente sem grande suporte escrito, mas muito baseados na oralidade e na partilha de experiências interpessoais, pelo que o vocabulário e as formulações dos itens têm que obedecer mais à forma como os sujeitos compreendem e expressam as questões relativas à gravidez (equivalência conceptual), e menos à equivalência *inter-cultural* (linguística) propriamente dita. É que existem formas muito particulares de construir os significados em cada cultura, sendo difícil aceder a formas “objectivas” e universais de compreender a experiência de gravidez. Assim, encontramos neste domínio de investigação todo um conjunto de termos e conceitos, cuja formulação é muito própria e que é essencial apreender se queremos avaliar a experiência da gravidez tal como é construída e significada pelas participantes. Procurou-se, assim, nesta fase, explorar (e transpôr para os itens) a forma como os próprios sujeitos compreendem e expressam os constructos abordados. Por conseguinte, perante a necessidade de decidir entre formulações mais próximas do original e formulações mais próximas da forma de expressão e construção dos sujeitos, optámos antes pelas últimas, ou seja, pela equivalência semântica em detrimento da equivalência linguística.

A **nível analítico**, a construção e validação de uma escala envolve um conjunto de procedimentos, que permitem analisar as suas propriedades psicométricas. Uma preocupação inerente, prendeu-se com o próprio tamanho da amostra, i.e., o número de participantes, pois havia que respeitar o critério de cinco sujeitos por item para viabilizar a análise factorial dos instrumentos (Kline, 1994; Bryman & Cramer, 1997).

Os valores de fidelidade merecem uma atenção especial na construção e na adaptação das escalas de avaliação e referem-se ao valor da variância atributável à variável latente (DeVellis, 1991, cit por Freire & Almeida, 2001). O mais utilizado é o coeficiente *Alpha de Cronbach* que mede a variância devido à heterogeneidade dos itens, cujos valores deverão situar-se entre os 0.70 e 0.80 (Kline, 1994; Polit & Hungler, 1995, cit por Freire & Almeida, 2001).

A estabilidade temporal dos instrumentos não foi avaliada na medida em que se trata de um estudo longitudinal, em que se pressupõe detectar diferenças ao longo do tempo, pretendendo-se que os questionários evidenciem uma sensibilidade à mudança em detrimento dos critérios de estabilidade.

Depois da avaliação da fidelidade, o estudo dos instrumentos prosseguiu com a análise da validade, que se refere à capacidade de medir aquilo que se pretende. Os indicadores da validade mais utilizados são a validade de conteúdo, a validade facial, a validade de constructo e a validade de critério, mas não é obrigatória a determinação de todos esses valores para validar uma escala (Almeida & Freire, 2000, cit por Freire & Almeida, 2001).

A validade facial e de conteúdo foi analisada na fase inicial de selecção dos instrumentos, em que se privilegiou a fundamentação teórica dos constructos (apresentada no capítulo anterior). Também a metodologia de “reflexão falada” permitiu avaliar e desenvolver este aspecto da validade dos instrumentos. A validade de critério e concorrente foi também aí abordada (no capítulo da metodologia), na medida em que se valorizou a recolha e análise de evidências relativas à validade concorrente de cada instrumento na apreciação da sua capacidade de se correlacionar com outras escalas e subescalas relevantes. Este estudo proporcionou elementos adicionais para esta análise da validade de critério, pela comparação dos resultados obtidos pela mesma amostra noutros instrumentos. A análise diferencial da amostra conduzida, permitiu também explorar melhor a capacidade de os instrumentos avaliarem aquilo que se pretendia (validade discriminante) e foi particularmente útil na validação de dimensões que não dispunham de medidas independentes comparáveis (como por exemplo a *Percepção de mudança pessoal*). Estes dados, apesar de serem apresentados em maior detalhe no capítulo 6, relativo à apresentação dos resultados, serão discutidos especificamente neste capítulo em termos das evidências adicionais de validade concorrente, de critério e discriminante dos instrumentos.

Os estudos da validade de constructo basearam-se na análise factorial, isto é, na exploração e análise da estrutura dimensional dos instrumentos utilizados, procurando determinar-se em que medida os resultados empíricos de um teste são indicativos do constructo teórico subjacente, isto é, das dimensões que o instrumento procura medir.

Optou-se por enfatizar em cada instrumento os aspectos de validade considerados mais pertinentes, no sentido de permitirem dar resposta à especificidade de cada instrumento. Assim, nos instrumentos cuja validade discriminante estava já bem estabelecida (e.g. MAMA), não se explorou esse aspecto, enfatizando-se a validade de conteúdo das novas versões, enquanto que, para o novo instrumento construído, todos estes aspectos foram abordados com maior detalhe, na medida em que não havia contributos anteriores para a análise da robustez da medida. Da mesma forma, não se procedeu à análise da validade para os instrumentos relativos à satisfação conjugal e à vinculação ao pai e à mãe, na medida em que a necessidade de adaptação destes instrumentos era muito menor, pois a sua construção para a população portuguesa e as evidências anteriores sustentavam a sua adequação para o presente estudo.

5.2. PROCESSO DE VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

5.2.1. MATERNAL ADJUSTMENT AND MATERNAL ATTITUDES (MAMA)

Análise factorial exploratória: Com o objectivo de validar esta nova tradução e de a adaptar a esta amostra, conduziu-se um estudo da estrutura factorial e das propriedades psicométricas. Este procedimento era tanto mais importante na adaptação deste instrumento, quanto mais se havia constatado a insuficiente validação da sua estrutura factorial em estudos prévios (Mendes, 2002), incluindo aquele que apresenta a sua construção (Kumar, Robson & Smith, 1984). Uma vez que a replicação factorial falhou (usando o procedimentos de Análise de Componentes Principais e impondo o número de factores originalmente definidos), procedeu-se a uma análise factorial exploratória em componentes principais (PCA) com rotação *varimax*, dos 58 itens iniciais³⁵, com uma medida de adequação da amostra (KMO = 0.748) satisfatória (Tabachnick & Fidell, 2001), resultando numa estrutura de quatro factores que foi considerada interpretável. Procedeu-se, então, à depuração dos itens, retendo-se os itens com saturação superior a .35 no seu factor, que não saturassem em mais do que um factor (diferença superior a .1) e que não prejudicassem a consistência interna (coeficiente *alpha* de Cronbach) da respectiva sub-escala. Estes procedimentos resultaram numa escala com 40 itens organizados em quatro factores (Quadro 3), com valores de saturação superiores a .35 no seu factor e com uma elevada capacidade discriminativa entre os factores, permitindo explicar no seu conjunto, uma variância total de 36,7%: O primeiro componente com 15,7% da variância, o segundo com 8,2%, o terceiro com 6,7% e o quarto com 6,0%.

Quadro 3. Maternal Adjustment And Maternal Attitudes (MAMA)

	1	2	3	4	alpha
Atitude positiva face à gravidez					0.79
44. sinto-me orgulhosa da minha aparência	,670	,168	,121	,163	
2. sinto-me bonita	,603	,166			
19. gosto da forma do meu corpo	,598	,196		,208	

³⁵ Os itens 6 e 41 relativos aos enjoos e vômitos na gravidez foram eliminados *a priori* por se tratarem de questões específicas do primeiro trimestre, pouco relevantes na discriminação das atitudes face à gravidez entre os três trimestres de gestação.

21. acho a minha cara bonita	,570	,250		,112	
22. gosto da ideia de usar roupa de grávida	,555			,148	
60. gosto da ideia de amamentar o meu filho	,520				
24. sinto-me feliz por estar grávida	,507		,250		
32. sinto-me cheia de energia	,497		-,127	,165	
47. sinto que o meu corpo está suave e macio	,495	,375		-,118	
35. sinto-me bem desperta durante o dia	,482				
40. tenho sentido vontade de cuidar do meu bebé	,454				
28. tenho pensado em ter mais filhos	,379	,164	,139	-,120	
Vivência positiva da sexualidade					0.82
13. tenho sentido vontade de ter relações sexuais		,841	,122		
58. tenho desejado ter relações sexuais		,827	,147		
5. tenho sentido desejo sexual pelo meu marido	,113	,752	,109		
45. é com facilidade que fico sexualmente excitada		,713			
46. tenho tido fantasias sexuais	,171	,562	-,119		
59. como com prazer	,173	,511			
25. sinto prazer nos beijos e carícias	,299	,503	,176		
42. sinto que o relacionamento sexual é desagradável	-,152	,484	,191	,372	
12. gosto do cheiro do meu corpo	,260	,364			
Relação conjugal na gravidez					0.79
52. o meu marido tem demonstrado afecto por mim	,317	,149	,715	-,150	
36. o meu marido ignora os meus sentimentos	-,117		,707	,237	
37. o meu marido interessa-se pelas minhas coisas e preocupações	,299		,650	-,200	
34. sinto que o meu marido me presta pouca atenção			,636	,143	
43. acho que o meu marido sai demasiadas vezes sem mim	-,147		,595	,198	
56. gostava de poder contar mais com o meu marido para cuidar de mim			,550	,170	
26. o meu marido ajuda-me nas tarefas domésticas	,234	,110	,470	-,226	
48. sinto-me próxima do meu marido	,238	,126	,437	-,113	
3. a relação com o meu marido tem estado tensa		,121	,428	,272	
Atitude negativa face à gravidez					0.62
49. sinto que o meu corpo está desajeitado ou sem graça				,606	
57. sinto que estou demasiado gorda	,164			,513	
14. preocupo-me com a ideia de não ter tempo para mim quando o bebé nascer		-,187	,207	,494	
7. preocupo-me com a ideia de poder não ser uma boa mãe				,493	
29. sinto que estar grávida é desagradável	,185		,164	,448	
1. canso-me e fico sem folego facilmente	,118			,416	
10. tenho medo de magoar o bebé	-,202			,403	
4. transpiro muito		,130		,393	
51. tenho perguntado a mim própria se o bebé será saudável e normal	-,142		-,111	,380	
53. acho que a minha pele ficou pior				,355	

Valores *alpha* de Cronbach: Os Coeficientes *alpha* de Cronbach foram calculados para cada subescala³⁶ com valores standardizados de 0.79 no primeiro componente, de 0.82 no segundo, de 0.79 no terceiro e de 0.62 no quarto, que podem ser considerados valores aceitáveis relativamente à consistência interna da escala. Estes resultados são apresentados no Quadro 3.

Interpretação dos factores: As atitudes face à gravidez estão organizadas em dois factores: o primeiro componente, relativo às atitudes optimistas de ajustamento e identificação com a gravidez (*"sinto-me feliz por estar grávida"*; *"gosto da ideia de amamentar o meu bebé"*); e o quarto componente, agrupando itens referentes a atitudes negativas de desajustamento com as preocupações e ansiedades da gravidez (*"sinto que estar grávida é desagradável"*; *"preocupo-me com a ideia de não ter tempo para mim quando o bebé nascer"*; *"preocupo-me com a ideia de poder não ser uma boa mãe"*). Esta organização dos itens relativos às atitudes face à gravidez pode sugerir-nos que a vivência da gravidez se trata, não de uma dimensão bipolar – em que o positivo e o negativo seriam os dois pólos de um mesmo factor, mas sim de duas dimensões diferentes, que “coexistem” no processo “normal” de adaptação à maternidade, o que é consistente com uma concepção desenvolvimental e dinâmica desta transição.

Paralelamente, na análise do factor relativo à vivência “positiva” da gravidez ou aceitação e identificação com a gravidez, constatamos que este está também muito associado à identificação com o corpo grávido pois incluiu os itens que na versão original se referiam à Imagem Corporal (gravídica) do MAMA (e.g., *"sinto-me orgulhosa da minha aparência"* ou *"gosto de usar roupa de grávida"*). Os itens que se referem a uma relação negativa com o corpo grávido (e.g., *"sinto que o meu corpo está desajeitado ou sem graça"* ou *"sinto que estou demasiado gorda"*) ou que se referem a sintomas somáticos (como *"transpiro muito"* ou *"acho que a minha pele ficou pior"*) distinguem-se desta dimensão, estando associados à vivência “negativa” da gravidez abordada num segundo factor. Esta integração dos itens relativos à vivência do corpo

³⁶ Embora os autores considerem que o instrumento tem subjacente um constructo global comum, atendendo ao dados de correlação entre subescalas (ver correlação de factores) e, ainda, ao facto de o

nos factores relativos à atitude geral face à gravidez, enfatiza que a relação com o corpo não é uma dimensão isolada, “à parte” das outras dimensões do funcionamento e desenvolvimento psicológico, mas sim uma dimensão integrante e indissociável deste processo na gravidez.

Na análise dos restantes dois componentes, verificamos que estes reproduzem de forma bastante fiel a constelação de itens proposta inicialmente (e reproduzida posteriormente nos diferentes estudos) para a avaliação da relação conjugal e das atitudes face à sexualidade na gravidez. Apenas são acrescentados dois itens a este último componente de avaliação da sexualidade na gravidez, um referente aos sintomas psicossomáticos (“*como com prazer*”) e outro à imagem corporal (“*gosto do cheiro do meu corpo*”), evidenciando uma conotação mais sensual destes dois aspectos que na versão original se distinguiam da *Vivência positiva da sexualidade*, mas que as nossas participantes parecem ter considerado aspectos com um significado mais sexualizado do que na versão original do instrumento.

Correlação entre os factores: Em relação à análise das correlações entre os factores, verificamos que os factores 1 e 2 apresentam uma correlação moderada muito significativa entre si ($r = 0.501$, $p < 0.001$). Também entre os factores 2 e 3 ($r = 0.271$, $p < 0.001$), os factores 1 e 3 ($r = 0.250$, $p < 0.001$), e os factores 3 e 4 ($r = 0.152$, $p < 0.001$) encontramos correlações muito significativas, ainda que fracas. As correlações entre os restantes pares de factores são muito fracas (entre o facto 1 e 4, $r = 0.111$, $p < 0.005$) ou não significativas (entre o 2 e o 4). Estes valores reflectem a distinção entre as diferentes subescalas e sua relativa independência, não se podendo considerar que constituem um constructo único e integrado. Neste sentido, considera-se que a análise dos valores globais desta escala (*score global*) deverá ser feita com cautela, atendendo à sua constituição heterogénea, pelo que não foi considerada no âmbito deste estudo.

Validade de constructo: A validação do MAMA recorreu ainda à comparação com medidas independentes para analisar a sua validade de constructo, pela comparação dos seus resultados com aqueles obtidos pela mesma amostra noutros instrumentos comparáveis, designadamente com o EASAC para validar a avaliação da *Relação*

score total não ter sido utilizado para as análises realizadas, optou-se por não considerar o *alpha de Cronbach* para a escala global.

conjugal na gravidez. A sua correlação muito significativa e forte com ambas as dimensões do EASAC constitui um contributo expressivo para a sua validade concorrente (Quadro 4).

Na análise da validade de constructo da *Atitude positiva face à gravidez*, observaram-se também correlações muito significativas com outras medidas independentes, destacando-se a sua correlação forte com as dimensões corporais (do QAG e BIS), o que reforça a sua centralidade para a avaliação daquela dimensão da vivência da gravidez, já abordada a propósito da interpretação deste factor. Por outro lado, a sua correlação com a *Vinculação prenatal* (do MAES), é igualmente forte, permitindo validar a componente relativa à atitude face ao bebé que esta dimensão também comporta, replicando em larga medida a sua versão original, em que esta dimensão foi designada de *Atitudes face à gravidez e ao bebé*. Este componente da subescala é também reforçado pela correlação moderada com ambas as subescalas do MFAS. A utilização de medidas independentes proporcionou assim elementos significativos para a validade de constructo desta dimensão na medida em que esta foi comparada com outras medidas relacionadas (validade de critério) (Quadro 5).

Podemos também considerar pertinente considerar a correlação da subescala *Vivência positiva da sexualidade* com a *Vivência positiva do corpo* para analisar a sua validade de constructo, em termos da validade de critério, em que a *Vivência positiva da sexualidade* evidenciou também uma associação com a *Vivência positiva do corpo* (do BIS), como seria de esperar.

Quadro 4. Validação da *Relação Conjugal na Gravidez*

Correlações	Relação Conjugal na Gravidez
Satisfação com o Amor Conjugal	,588(**)
Satisfação com o Funcionamento Conjugal	,543(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 5. Validação das *Atitudes Positivas face à Gravidez*

Correlações	Atitude Positiva face à Gravidez e ao Bebê
Relação com o Corpo Grávido	,576(**)
<i>Envolvimento emocional com o bebé</i>	,361(**)
Construção da Identidade Materna	,444(**)
Vinculação Prenatal	,503(**)
<i>Vivência positiva do corpo</i>	,581(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Conclusão: A exploração da estrutura factorial e das propriedades psicométricas permitiu-nos avaliar positivamente a versão traduzida e adaptada deste instrumento. A organização em quatro factores evidencia dimensões psicológicas interpretáveis e com valores de consistência interna satisfatórios. Estes procedimentos estatísticos permitiram ainda depurar a constituição desses factores, proporcionando, simultaneamente, uma reflexão e uma compreensão mais aprofundada da natureza das dimensões avaliadas, em termos das significações que lhes foram atribuídas pelas participantes.

5.2.2. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ (QAG)

Processo de construção do QAG:

O Questionário de Avaliação da vivência da Gravidez (QAG) foi construído para o presente estudo para avaliar dimensões que, tendo sido evidenciadas pela investigação como relevantes para a vivência da gravidez, não estavam suficientemente contempladas nos instrumentos explorados, designadamente, a gravidez como factor de mudança pessoal, a *Vivência do corpo grávido* e a relação com a mãe. Este novo instrumento foi construído com base em dois instrumentos já existentes: a *Escala de Avaliação da Gravidez e Maternidade* (EAGM) de Xavier e Paúl (Xavier & Paúl, 1996; Xavier, 2000; Xavier, Paúl & Sousa, s/d) e o *Childbearing Attitudes Questionnaire* (CAQ) de Ruble e colaboradores (1990).

A EAGM foi desenvolvida especificamente para a população portuguesa. Segundo Xavier e Paúl (1996):

“com a simplicidade do formato da resposta e a facilidade de compreensão dos itens, esta escala pode ser um instrumento útil no estudo da gravidez, (...) possibilitando, desenvolver/aprofundar o nosso conhecimento sobre as características das grávidas, detectando possíveis grupos de risco quanto ao seu desenvolvimento pessoal, do seu projecto de vida e, quanto à relação mãe-bebé, perceber as suas implicações e influências no desenvolvimento”.

Este instrumento, constituído por 45 itens, organiza-se em torno de 5 dimensões: *Gravidez como factor de mudança pessoal*, *O Bebé imaginado*, *Boa mãe*, *Aspectos “difíceis” da gravidez / maternidade*, *Relações significativas*. Destas Escalas, recuperou-se os itens relativos à avaliação da dimensão *Gravidez como Factor de Mudança Pessoal* e os itens referentes à relação com a mãe da dimensão *Relações Significativas* (que incluía também a avaliação da relação conjugal).

O CAQ foi também construído para avaliar a adaptação à gravidez, com um total de 76 itens, organizando-se em torno de 15 subescalas: *Preocupações maternas e auto-confiança*, *Relação conjugal*, *Relação com a mãe*, *Imagem corporal*, *Identificação com a gravidez*, *Sentimentos em relação a crianças*, *Auto-conceito negativo*, *Atitude perante a amamentação*, *Tolerância à dor*, *Interesse em relação ao Sexo*, *Negação*, *Aspectos negativos da maternidade*, *Medo de Dependência*, *Insatisfação social*, *Procura de Informação*. Apesar do seu interesse pela riqueza dos seus itens, este instrumento, esse pela riqueza dos seus itens evidenciou valores de *alpha de Cronbach* demasiado baixos para se poder assumir a sua fidelidade. Assim, recuperou-se apenas a dimensão “Relação com a Mãe”, com 4 itens que apresentam um *alpha* de .80.

O novo instrumento, o Questionário de Avaliação da Vivência da Gravidez (QAG), além dos referidos itens do EAGM e do CAQ, inclui ainda novos itens, acrescentados, com base na revisão de literatura, com o objectivo de fortalecer a avaliação das dimensões em questão, num total de 32 itens, igualmente distribuídos pelas três dimensões que o compõem

Com estes novos itens pretendia-se abordar a especificidade da Relação com a Própria Mãe, que tem sido enfatizada na compreensão da transição para a maternidade (especialmente pelos psicodinâmicos) em termos de uma reconstrução e uma actualização das representações relativas à relação com a mãe, e eventualmente de

dificuldades relacionais que assumam também contornos específicos neste período de desenvolvimento psicológico da mulher. Assim, supõe-se que durante a gravidez haja uma reavaliação desta relação, bem como uma reconstrução das ligações e fronteiras em relação a esta figura de vinculação primária. Tem sido também descrito um processo de maior identificação com a figura materna neste período que foi igualmente abordado neste conjunto de itens.

Para avaliação da dimensão relativa à relação com o corpo grávido, incluíram-se também um conjunto de itens complementares que permitissem melhor completar e aprofundar a dimensão em análise: *“Prefiro usar roupas que disfarcem a barriga, agora que estou grávida”, “Prefiro usar roupas que mostrem a barriga, agora que estou grávida”, “Gosto que as pessoas olhem para a minha barriga, agora que estou grávida”, “Fico satisfeita quando as pessoas notam que estou grávida”, “Agora que estou grávida, gosto quando as outras pessoas tocam na minha barriga”, “Deixo as outras pessoas pousarem a mão na minha barriga para sentirem o bebé”, “Gosto de me ver com o corpo de grávida”, “Gosto mais do meu corpo, agora que estou grávida”, “Sinto-me muito vaidosa com o formato da minha barriga”.*

Estes 32 itens foram alvo de uma reflexão falada junto de 10 mulheres com experiência actual ou recente de gravidez de diferentes meios socioeconómicos, bem como junto de 5 profissionais da área da psicologia que trabalham habitualmente com grávidas. Pretendia-se deste modo analisar o modo como a formulação dos itens era interpretada, nomeadamente identificar dificuldades ou ambiguidades apresentadas pelos mesmos. Esta fase conduziu a alterações na forma de apresentação ou formulação frásica de alguns itens.

Análise factorial: Com o objectivo de validar o questionário de auto-relato construído, conduziu-se uma análise factorial exploratória para explorar a sua estrutura factorial e as suas propriedades psicométricas. Assim, os 32 itens iniciais foram submetidos a Análise Factorial em Componentes Principais com Rotação *Varimax*, que evidenciou uma organização em três Factores, responsáveis por 37% da variância total, com uma medida de adequação da amostra ($KMO = 0.845$) satisfatória (Tabachnick & Fidell, 2001). Esta estrutura tridimensional era claramente concordante com o nosso objectivo inicial. A partir dos dados desta análise foram eliminados os itens que apresentaram

saturações inferiores a .4 no seu factor³⁷, e/ou que apresentavam saturação em mais do que um factor com diferença inferior a .1. Assim, foram excluídos 8 itens (20, 28, 3, 26, 17, 24, 30 e 9). Posteriormente, foi calculado o coeficiente *alpha de Cronbach* para cada subescala, separadamente. Com base na análise destes valores, foram excluídos ainda os itens 4 e 6, pois prejudicavam a consistência interna das respectivas subescalas. As subescalas finais revelaram uma consistência interna muito satisfatória, tendo obtido valores estandardizados de .86 no 1º Factor, .87 no 2º Factor e .85 no 3º Factor. A escala final é assim constituída por 22 itens, com valores de saturação superiores a .50 no seu factor, permitindo explicar no seu conjunto, uma variância total de 55%. Estes resultados são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6. Questionário de Avaliação da Gravidez (QAG)

Matriz de Rotação dos Componentes		Componentes			
		Variância Explicada = 55%			
		1	2	3	α
Factor 1: Vivência do corpo grávido					0.86
32. sinto-me muito vaidosa com o formato da minha barriga.		.804			
21. gosto que as pessoas olhem para a minha barriga, agora que estou grávida.		.801			
23. fico satisfeita quando as pessoas notam que estou grávida.		.771			
19. prefiro usar roupas que mostrem a barriga, agora que estou grávida		.712			
29. gosto de me ver com o corpo de grávida.		.697			
13. eu gosto de ter a aparência de grávida.		.666			
25. agora que estou grávida, gosto quando as pessoas tocam na minha barriga.		.662			
27. deixo as pessoas pousarem a mão na minha barriga para sentirem o bebé.		.554			
31. gosto mais do meu corpo, agora que estou grávida.		.501			
Factor 2: Relação com a Mãe					0.87
14. considero a minha mãe como uma verdadeira amiga			.879		
7. sempre me senti muito próxima da minha mãe			.847		
11. a minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações			.796		
1. a minha mãe tem-me apoiado muito			.765		
16. a minha mãe fazia-me mimos			.753		

³⁷ Assumiu-se um valor mínimo de saturação dos itens no factor mais elevado do que nos restantes instrumentos, na medida em que trata aqui da construção de um novo instrumento e não apenas da sua adaptação, merecendo critérios mais exigentes de análise e depuração da escala.

18. a minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	.658
22. desde que estou grávida, compreendo melhor a minha mãe	.522
Factor 3: <i>Percepção de mudança pessoal</i>	0.85
5. depois do bebé nascer a minha vida vai mudar.	.875
8. tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar.	.862
2. este bebé vai alterar a minha vida.	.792
15. ter filhos altera a vida de uma mulher .	.756
12. desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente.	.688
10. desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.	.531

Valores alpha de Cronbach: Tal como já foi referido, a consistência interna (coeficientes *alpha* de *Cronbach*) das subescalas do instrumento é bastante satisfatória. Os valores acima relatados podem ser considerados muito bons atestando uma elevada consistência interna das subescala. Estes resultados foram apresentados no Quadro 6.

Interpretação dos factores:

O Factor 1, *Vivência do corpo grávido*, agrupa nove dos doze itens especificamente identificados inicialmente para avaliar a *Vivência do corpo grávido*. Apenas os itens 3, 6 e 17, que se pretendia que avaliassem esta dimensão da vivência da gravidez, se mostraram pouco discriminativos, tendo acabado por ser excluídos, com base na análise factorial e na análise da consistência interna. Os itens 3 e 6 saturavam tanto neste Factor como no Factor 3, relativo à percepção de mudança pessoal na gravidez, revelando-se itens complexos que remetem tanto para significados associados à dimensão da mudança como para significados associados à dimensão da *Vivência do corpo grávido*. O item 17 também não apresenta um valor de saturação aceitável, tendo sido eliminado para efeito de análises posteriores. Este item (“*prefiro usar roupas que disfarcem a barriga, agora que estou grávida.*”) é revestido por uma conotação mais negativa da vivência da gravidez, o que o diferencia dos restantes itens seleccionados para avaliar esta dimensão da *Vivência do corpo grávido*. Esta tonalidade mais negativa, talvez explique a sua saturação no Factor 3 que reúne itens com significado mais negativo também. Este factor é, então, atravessado por conteúdos associados a uma *Vivência positiva do corpo* na gravidez (“*gosto de me ver com o corpo de grávida*”) que remetem para uma identificação com a gravidez e a maternidade (“*prefiro usar roupas que mostrem a barriga, agora que estou grávida*”). Destaca-se o significado

atribuído à “barriga grávida” que, representa e evidencia a própria gravidez, quer em termos intraindividuais, quer em termos interpessoais.

O Factor 2, reúne os itens relativos à relação com a própria mãe, tendo-se retido sete dos catorze itens inicialmente definidos para avaliar a relação com a mãe na gravidez. De salientar, no entanto, que todos os itens referentes à relação com a mãe que foram excluídos, a partir dos procedimentos da análise factorial, revelam uma conotação mais negativa, o que poderá traduzir um enviesamento decorrente dos processos de desejabilidade social que dificultam o posicionamento perante afirmações relativas à “má” relação com a mãe (porventura mais críticas ainda num momento como a gravidez). De facto, os itens retidos neste factor traduzem mensagens culturalmente veiculadas como “desejáveis”. Em relação a elas serão provavelmente mais “fáceis” posicionamentos pessoais (de concordância, ou não). Os outros poderão pela sua “estranheza” e pouca familiaridade suscitar com maior dificuldade tomadas de posição consistentes que se traduzam em respostas sistemáticas a diferentes formulações / itens. Assim, mesmo que a relação com a mãe não seja “boa”, não corresponda à representação social de apoio e proximidade, é em relação a estes constructos que as grávidas se vão posicionar. É em relação a estes critérios que vão avaliar a sua própria relação com a mãe, “dizendo” que a sua mãe não é *“uma verdadeira amiga”*, não *“compreendia os seus problemas e preocupações”*, não *“fazia mimos”*, etc., e mais dificilmente se referindo a comportamentos e atitudes como *“evito passar muito tempo com a minha mãe”*, ou a minha mãe *“não me ajudou tanto como eu precisava”*. Interessante reparar que os itens que foram retidos neste factor têm subjacente um forte sentido de continuidade com o passado (*“sempre me senti muito próxima da minha mãe”* ou *“a minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou”*), remetendo esta avaliação para um laço emocional profundo com raízes no passado (*“a minha mãe fazia-me mimos”*), com apenas um item reportando-se a uma mudança nesta relação (*“desde que estou grávida, compreendo melhor a minha mãe ”*), no sentido de uma maior cumplicidade e identificação com a própria mãe. Tudo isto faz sentido pois, se é verdade que a relação com a mãe se pode ir actualizando e modificando, este é um processo que só pode acontecer de forma adaptativa num quadro de continuidade com a identidade e as relações significativas prévias. A continuidade e a estabilidade caracterizam, possivelmente, melhor esta relação do que

a ruptura e a mudança (ao contrário do que é normalmente enfatizado pelos psicodinâmicos).

O Factor 3, reúne todos os itens relativos à percepção de mudança pessoal com a gravidez, reproduzindo assim, de forma fiel, a subescala original “Gravidez como Factor de Mudança Pessoal” de Xavier (2000). De referir que foram eliminados sete itens com base na sua baixa saturação e / ou com o propósito de fortalecer a consistência interna da subescala. É, de resto, interessante notar que todos estes itens eliminados não se enquadravam, em termos dos seus conteúdos, claramente nesta dimensão, mas apresentavam de uma forma geral um significado negativo que parece explicar a correlação com os itens deste factor³⁸. Assim, este factor parece ter sido associado pelas grávidas participantes a uma significação mais negativa da mudança que ocorre na gravidez e ao impacto indesejável que ela (também) envolve. De facto, a noção de mudança psicológica (muitas vezes associada à noção de crise no seu sentido mais pejorativo) envolve sempre perdas da identidade anterior (Nicolson, 1999), ainda que os ganhos desenvolvimentais possam ou devam ser preferenciais. O facto desta percepção negativa da mudança estar presente no momento em que esta ocorre é, no entanto, consistente com as teorias do desenvolvimento psicológico na idade adulta, segundo as quais, as transições desenvolvimentais ocorrem com custos em termos de ansiedade e de perda de um *self* anterior que, mesmo já não sendo capaz de dar resposta às novas exigências que se lhe colocam, é ainda assim percebido e sentido como uma perda de algo pessoal e “valioso” (Guidano & Liotti, 1986).

Correlação entre os factores: Os factores não se apresentam correlacionados entre si, verificando-se apenas uma correlação significativa, embora fraca, entre os factores Relação com o Corpo grávido e Relação com a própria Mãe ($r=0.26$), confirmando-se a distinção conceptual entre as dimensões em análise.

Score total: Uma vez que as *subescalas* são conceptualmente independentes, entende-se que não faz sentido considerar-se um *score* total.

³⁸ Assim, excluíram-se itens como o 17 “*prefiro usar roupas que disfarcem a barriga, agora que estou grávida*” e o 9 “*a minha mãe não concorda comigo em relação ao modo de educar uma criança*” que,

Validade de constructo: A validação da nova escala construída recorreu ainda à comparação com medidas independentes (validade de constructo) pela comparação dos seus resultados com aqueles obtidos pela mesma amostra noutros instrumentos comparáveis. Assim, foram analisadas as seguintes correlações: (i) da *Relação com a própria mãe na gravidez* com o *Questionário da Vinculação à Mãe* (QVM); (ii) da *Vivência do corpo grávido* com o *Body Investment Scale*; (iii) e, uma vez que a subescala *Imagem corporal* do *Maternal Adjustment and Maternal Atitudes* foi integrada na *Atitude positiva face à gravidez*, analisou-se ainda a correlação desta dimensão com a *Vivência do corpo grávido*.

Relativamente à *Relação com a própria mãe na gravidez*, a sua correlação com as dimensões do QVM é muito significativa (Quadro 7), no sentido que seria de esperar, i.e., uma correlação positiva com as dimensões *Questionário do Laço Emocional* e *Ansiedade de separação e dependência*, e uma correlação negativa com a *Inibição da Exploração e Individualidade*. No entanto, sobressai claramente a associação com a dimensão *Qualidade do laço emocional* ($r = .695, p < .001$), num valor próximo dos .70, que indicia a redundância entre estes factores. Deste modo, a *Relação com a própria mãe na gravidez* aparece como uma dimensão muito próxima da dimensão *Qualidade do laço emocional* avaliada pelo QVM (tal reflecte-se também na semelhança da relação destas dimensões com as restantes variáveis). Esta associação encontra eco na análise dos próprios itens constituintes, na medida em que os itens do QAG mais “actuais” e específicos da gravidez, foram excluídos (na PCA) em detrimento dos itens pautados pela continuidade com o passado, aproximando-se assim da avaliação da *Qualidade do laço emocional*. De referir ainda que a dimensão *Relação com a própria mãe na gravidez* parece proporcionar uma avaliação capaz e completa deste contexto relacional, não se tendo identificado contributos adicionais relevantes na avaliação pelo QVM. Tal poderá sugerir que nesta fase do ciclo vital, e nesta transição em particular, as mulheres parecem dispor de uma representação integrada relativamente à qualidade desta relação com a própria mãe, o que se reflectirá tanto na avaliação da *Qualidade do laço emocional* como da *Relação com a própria mãe na gravidez*. Esta tonalidade

apesar de pretenderem avaliar as outras dimensões, acabaram por “cair” neste factor aparentemente pela sua conotação claramente negativa.

afectiva mais geral parece então assumir um papel preponderante na avaliação integrada das relações parentais das grávidas.

Quadro 7. Correlação do QAG com o QVM

Questionário da Vinculação à Mãe	Relação com a Mãe na gravidez
Qualidade do Laço Emocional-Mãe	,695(**)
Inibição da exploração e da individualidade-Mãe	-,275(**)
Ansiedade de separação e dependência-Mãe	,324(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Relativamente à *Vivência do corpo grávido*, a sua comparação com o *Body Investment Scale* evidencia uma correlação muito significativa com a *Vivência positiva do corpo* ($r = .381, p < .001$), mas não com a *Vivência negativa do corpo*, enfatizando a tonalidade positiva associada à vivência do corpo na gravidez, que já tinha sido referida. De qualquer forma, aquela correlação não é forte, sugerindo a distinção entre os constructos envolvidos, e que justificou a inclusão/construção daquela dimensão para uma avaliação mais completa da vivência corporal.

Quadro 8. Correlação do QAG com o BIS e o MAMA

Questionário da Vinculação à Mãe	Relação com o Corpo Grávido
Vivência Corporal Positiva	,381(**)
Vivência Negativa do Corpo	,021
Atitudes Positivas face à Gravidez e ao Bebê	,563(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Relativamente à comparação da *Vivência do corpo grávido* com a subescala *Atitude positiva face à gravidez* do *MAMA*, a forte correlação encontrada ($r = .563, p = .001$) valida a especificidade da vivência corporal gravídica abordada por esta dimensão e reforça a centralidade desta vivência corporal na avaliação da vivência da gravidez, o que, de resto, constitui o pressuposto central do presente trabalho (Quadro 8).

A **validade discriminante**: permitiu também explorar melhor a capacidade deste instrumento avaliar aquilo que pretendia, e foi particularmente útil na validação da dimensão relativa à *Percepção de mudança pessoal* que não dispunha de medidas

independentes comparáveis. Esta análise constituiu um contributo adicional de validação do instrumento ao proporcionar elementos para reflectir em que medida os resultados obtidos podem fundamentar, ou pelo contrário questionar, a própria validade de constructo, i.e., em que medida este instrumento apresenta evidências de que está a avaliar aquilo a que se propõe.

Assim, constatámos que a Vivência do corpo grávido permite distinguir, no sentido esperado, as grávidas em função do trimestre de gravidez, da paridade, do planeamento e da reacção à gravidez, e do apoio social (factores relacionados e associados ao próprio acontecimento) permitindo reforçar a associação deste factor a um maior envolvimento emocional com a gravidez ou a uma vivência mais positiva da gravidez. Este factor parece assim associado a uma vivência positiva da gravidez, especialmente sensível às variáveis relativas aos factores da própria gravidez (acima referidos). É a vivência do corpo como uma forma de aceder à qualidade desta vivência da gravidez, sendo que a forma como a grávida sente as experiências e transformações corporais pode dizer-nos muito sobre a forma como está a lidar com esta transição.

A Relação com a própria mãe na gravidez permite também distinguir as grávidas em função do planeamento da gravidez, da reacção à gravidez e do apoio social, no sentido esperado. As grávidas que apresentam valores mais elevados são aquelas cuja gravidez foi planeada e recebida com uma reacção muito “feliz” (i.e., positiva) e acompanhada de reduzida preocupação, e que sentem ter mais apoio social.

Relativamente à Percepção de mudança com a gravidez, verificámos que esta dimensão da vivência psicológica da gravidez permite evidenciar as grávidas primíparas, as solteiras, as que não desejaram a gravidez e as que referem ter uma gravidez de risco valores mais elevados de *Percepção de mudança pessoal*. Assim, verificamos que também esta dimensão da vivência psicológica da gravidez é influenciada quer por factores associados ao próprio acontecimento de vida (neste caso, a gravidez) quer por factores relacionais e contextuais, que necessariamente o enquadram e condicionam; pelo que as grávidas que percebem o contexto intra, inter e/ou extra pessoal em que ocorre a gravidez como não sendo facilitador da mudança que esta exige, apresentam valores mais elevados de *Percepção de mudança pessoal* (traduzindo uma maior ansiedade associada à antecipação do impacto desta mudança, uma vez que para as “nossas” participantes o factor *Percepção de mudança pessoal*, indicia uma significação negativa a esta mudança).

Conclusão: A exploração da estrutura factorial e das propriedades psicométricas permitiu-nos avaliar positivamente este novo instrumento. A organização em três factores evidenciada corresponde claramente às dimensões psicológicas que se pretendia avaliar, e os valores de consistência interna obtidos são considerados muito satisfatórios. Estes procedimentos estatísticos permitiram ainda depurar a constituição desses factores, proporcionando simultaneamente uma reflexão e uma compreensão mais aprofundada da natureza das dimensões avaliadas, em termos das significações que lhes foram atribuídas pelas participantes.

5.2.3. MATERNAL FETAL ATTACHMENT SCALE (MFAS)

Construção de uma versão reduzida (selecção dos itens): Este instrumento tem sido utilizado especialmente no 2º e no 3º trimestre de gravidez (Heidrich & Cranley, 1989; Cranley, 1993; Mendes, 2002), pelo que houve a necessidade de o adaptar ao presente estudo (tal como foi discutido no capítulo anterior), excluindo os itens específicos da segunda metade da gravidez. Assim, após uma análise detalhada do conteúdo dos itens, foram excluídos os seis itens que se referiam claramente a experiências específicas do 2º e 3º trimestres (como, por exemplo, “*gosto de ver a barriga a mexer quando o bebé dá pontapés*”). Obteve-se assim uma versão reduzida do instrumento, preparada expressamente para a avaliação da relação mãe-bebé nos três trimestres de gravidez³⁹, com 18 itens. Esta nova versão carecia obviamente de

³⁹ Este procedimento foi também utilizado por Sjogren, *et al.* (2004) que também considerou que a versão original não se adequava à avaliação no início da gravidez, tendo excluído 7 itens (3, 9, 16, 17, 20, 21, e 24), numa nova versão reduzida que foi validada mediante procedimentos de Análise Factorial Exploratória e de análise da consistência interna. Verificámos que todos aqueles itens se sobrepunham aos que foram também por nós avaliados como não se adequando à avaliação no início da gravidez, excepto o item 16 (“*It seems my baby kicks and moves to tell me it’s eating time*”), que foi mantido nesta nova versão portuguesa, na medida em que foi traduzido não propriamente em termos dos movimentos fetais, mas sim do impacto do bebé no próprio metabolismo / organismo da grávida, afectando-lhe as suas necessidades fisiológicas, tais como o apetite e a fome (“*parece que o meu bebé me avisa quando está na hora de comer*”). Assim, esta formulação do item que, sem adulterar o seu significado em termos da avaliação da construção da

validação por razões acrescidas, além daquelas naturalmente decorrentes da sua tradução e da sua utilização numa amostra específica, bem como da necessidade de atender às críticas formuladas por diferentes autores (e previamente sistematizadas) relativamente a este instrumento.

Análise factorial exploratória: Com o objectivo de adaptar e validar a nova tradução deste questionário de auto-relato, conduziu-se uma Análise em Componentes Principais para explorar a estrutura factorial e as propriedades psicométricas. Deste procedimento resultou a extracção de dois componentes considerados factores comuns com uma medida satisfatória de adequação da amostra KMO de .816 (Tabachnick & Fidell, 2001), primeiro com rotação *varimax* e em seguida comparando-a com a rotação oblíqua (por se admitir que os factores pudessem estar relacionados). As duas formas de rotação produziram soluções semelhantes, tendo-se escolhido a solução bifactorial por rotação *varimax* por ter proporcionado uma estrutura mais clara e interpretável. A partir dos dados desta análise, retiveram-se os itens com saturação superior a .35 no seu factor e que não saturassem em mais do que um factor (diferença superior a .1) nem prejudicassem a consistência interna da respectiva subescala, resultando numa escala final constituída por 15 itens, permitindo explicar no seu conjunto uma variância total de 43%, atribuindo-se ao primeiro componente, 32% e ao segundo, 11% da variância explicada.

relação mãe-bebé, permite aplicá-lo às diferentes fases de gestação, não sendo por isso necessário, a nosso ver, eliminá-lo, uma vez procedida esta adaptação.

Quadro 9. Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)

	Componentes		
	1	2	α
Factor 1: <i>Envolvimento emocional com o bebé</i>			0.79
Ponho-me a pensar se o bebé consegue ouvir dentro da barriga.	.647	.348	
Parece que o meu bebé me avisa quando quer comer.	.634		
Ponho-me a pensar se o bebé já pensa e sente.	.619	.366	
Tenho uma alimentação mais saudável por causa da gravidez.	.601	.165	
Converso com o meu bebé.	.601	.191	
Uso um diminutivo (nome carinhoso ou engraçado) para falar do bebé.	.591		
Tenho deixado de fazer certas coisas para o bebé ser saudável.	.551		
Ponho-me a pensar se o bebé se sente apertado dentro da barriga.	.533	.202	
Faço coisas para estar saudável que não faria se não estivesse grávida.	.525	.212	
Factor 2: <i>Construção da Identidade Materna</i>			0.78
Estou desejosa por pegar no bebé.		.777	
Ponho-me a imaginar como vai ser o bebé.	.127	.768	
Estou desejosa de ver como será o bebé.		.739	
Imagino-me a cuidar do meu bebé.	.343	.671	
Acho que todo o incómodo da gravidez vale a pena.	.224	.473	
Imagino-me a dar o leite ao bebé.	.368	.421	

Coeficiente *alpha* de Cronbach: O coeficiente *alpha* de Cronbach foi calculado separadamente para cada subescala, evidenciando valores aceitáveis, de .79 no Factor 1 e .78 no Factor 2 (Quadro 9), e que sugerem que os itens não são ambíguos e têm significado para os sujeitos.

Interpretação dos Factores:

O primeiro factor, resultante da adaptação ao presente estudo, denominado *Envolvimento emocional com o bebé*, agrupa itens centrados na interacção actual com o bebé, na atribuição de características ao bebé e na partilha do *self* da mãe, de onde se destaca a dimensão presente da relação mãe-bebé. Este primeiro factor agrupou itens que na versão original se associavam às seguintes dimensões: *Atribuição de características ao feto* (4 itens), muito ligada à actividade de imaginar o bebé dentro da barriga da mãe (ex: “*ponho-me a pensar se o bebé consegue ouvir dentro da barriga*”); *Partilha do self* (3 itens), associada a alterações no comportamento da grávida para o bem-estar do bebé (ex: “*tenho uma alimentação mais saudável por causa da gravidez*”); e *Interacção com o feto* (2 itens), relacionada com os comportamentos especificamente

direccionados para a interacção com o bebé (ex: “*converso com o meu bebé*”). Assim, este factor reúne itens cujos conteúdos estão relacionados com a interacção actual com o bebé e com o investimento emocional na gravidez, destacando-se a dimensão presente da relação mãe-bebé “*in-utero*”.

O segundo factor, agrupa todos os itens do factor *Construção da identidade materna* (*Roletaking*), tal como foi proposto originalmente (Cranley, 1981), itens que foram retidos integralmente para avaliação das grávidas dos três trimestres, tendo-se mantido coesos, o que reflecte a boa consistência interna que a sua autora também relatou (Cranley, 1981). Este factor é constituído também por mais dois itens, que não parecem alterar de forma significativa o seu sentido, pelo que se manteve a sua designação original. Assim, considerou-se que a associação do item “*estou desejosa de ver como será o bebé*” que na versão original foi incluído na subescala *Diferenciação do self em relação ao feto*, não adultera o sentido da construção da identidade materna associado a este factor, pois poderá significar que a grávida já se sente “pronta” para assumir o seu papel materno, estando já a preparar-se para a tarefa da “separação” (Colman & Colman, 1994). Também o item “*acho que todo o incómodo da gravidez vale a pena*”, que na versão original se encontrava incluído na subescala *Partilha do self* não parece alterar de forma substancial o significado deste factor, pelo que se manteve a sua designação original e se considerou que este agrupamento de itens não se distanciava significativamente do seu sentido original, continuando a poder avaliar capazmente a *Construção da identidade materna* na gravidez. Este factor agrupa portanto itens centrados na construção da identidade materna (“*imagino-me a cuidar do meu bebé*”) e na antecipação da relação com o bebé no futuro (“*ponho-me a imaginar como vai ser o bebé*”), o que confirma que imaginar o bebé está intrinsecamente associado ao processo de imaginar-se também a cuidar dele. A relação mãe-bebé pressupõe a construção da representação do bebé e também da representação da mãe durante a gravidez, tal como tinha sido proposto por Fonagy e Target (1996) e por Stern (1989).

Correlação entre as subescalas

A correlação entre estas duas dimensões da relação mãe-bebé foi testada, encontrando-se, tal como esperado, uma correlação positiva moderada entre o *Envolvimento emocional com o bebé* e a *Construção da identidade materna* ($r = .523$, p

> 0.001), que sugere a interdependência entre estes dois processos que tinha sido já sugerida a propósito da reflexão apresentada em torno da relação mãe-bebé, indo, portanto, ao encontro da valorização de uma estreita ligação entre estes dois processos. O valor desta correlação, sugere ainda que estas dimensões não são sobreponíveis, não podendo ser abordadas de forma unidimensional como se do mesmo processo se tratasse, o que legitima e fundamenta a análise realizada.

Em termos de **validade discriminante**, verificámos que o factor *Envolvimento emocional com o bebé* varia de forma significativa com o trimestre de gravidez e a paridade, apresentando valores mais elevados as grávidas que estão no 3º trimestre de gravidez e que são primíparas. Parece verificar-se, de um modo geral, um aumento contínuo, gradual e progressivo nesta dimensão da relação com o bebé, o que vai ao encontro da sua compreensão como uma dimensão de desenvolvimento que ocorrerá ao longo de toda a gravidez, reforçando também a sua **validade de constructo**. O factor *Construção da identidade materna* varia com a experiência de dificuldade em engravidar, com a paridade, com o nível de preocupação na reacção à gravidez e com a história de depressão, sendo que são as grávidas que sentiram dificuldade em engravidar, as que vão ter o primeiro filho e as que não se sentiram preocupadas com a notícia da gravidez, nem têm história de depressão a apresentar valores significativamente mais elevados neste factor, o que é também consistente com a conceptualização desta dimensão.

Conclusão: Considerando as limitações constatadas decorrentes da utilização do MFAS anterior à percepção dos movimentos fetais, e assumindo que a vinculação prenatal poderá surgir mais cedo, desenvolveu-se uma *short version* desta escala, excluindo os itens específicos do segundo ou terceiro trimestres de gravidez. Obviamente que esta nova versão precisava de ser validada, pelo que recorremos à Análise Factorial em Componentes Principais (PCA) para explorar a sua estrutura dimensional e testámos as suas propriedades psicométricas. Além da necessidade de adaptar este instrumento a uma população de grávidas em diferentes trimestres de gravidez (uma vez que foi construída uma versão reduzida que, por isso, necessitava de validação), apresentava-se também como necessário validar a sua utilização com esta amostra portuguesa, de nível sócio-cultural baixo, assim como dar resposta às críticas relatadas em relação à validade e à estabilidade das suas subescalas originais.

Em resultado deste processo, a avaliação da relação mãe-bebé pelo MFAS foi reestruturada em duas dimensões. O primeiro factor, *Envolvimento emocional com o bebé*, enfatiza a experiência de imaginar o bebé na barriga, de partilha do *self* e de interacção com o bebé. O outro factor identificado, Construção da Identidade Materna, explora a antecipação do futuro bebé e do desempenho do papel materno. Este segundo factor praticamente reproduz a subescala original, o que é de alguma forma intrigante, na medida em que se trata da única subescala que não evidenciou estabilidade no estudo realizado por Mendes (2002) com este instrumento, numa amostra portuguesa. Os valores de *alpha de Cronbach* e a semelhança entre as soluções *varimax* e oblíqua, confirmam a fidelidade e estabilidade da nova versão. A distribuição dos itens por estes dois factores vai ao encontro dos pressupostos teóricos já apresentados, ao enfatizar tanto a construção do papel de mãe como a interacção com o bebé na gravidez, o que constituiu uma razão acrescida para aceitar e validar a nova estrutura factorial do MFAS.

Assim, a Análise Factorial Exploratória indica que a vinculação prenatal na gravidez não é um constructo unidimensional e indiferenciado. Pelo contrário, esta nova organização do MFAS em dois factores enfatiza a distinção de duas dimensões, o papel maternal e a interacção com o bebé, o que é consistente com o enquadramento teórico apresentado, e reforça o interesse desta nova estrutura factorial, a par das suas animadoras propriedades psicométricas.

A própria associação entre estas duas dimensões é outro aspecto a valorizar, confirmando a interdependência entre estas duas tarefas psicológicas da gravidez, já esperada.

5.2.4. MATERNAL ANTENATAL EMOTIONAL ATTACHMENT SCALE (MAES)

Após a tradução dos itens desta escala, procedeu-se à análise da sua estrutura factorial, à semelhança do que foi feito com os restantes instrumentos de avaliação. A Análise Factorial Exploratória inicial (PCA) com rotação *varimax* indicou, claramente, a organização dos itens em dois componentes principais, com base na análise do *scree plot*, dos valores da percentagem da variância explicada e dos *eigenvalues* de cada componente, com um KMO de .765 a confirmar a pertinência desta análise. Assim,

obteve-se uma solução bidimensional, à semelhança do original, e responsável por 34% da variância explicada, tendo sido excluídos dois itens (com base no critério da saturação superior a .35 e de não saturação em mais do que um factor). Prosseguiu-se então com a análise da consistência interna destas subescalas. No entanto, enquanto a primeira componente apresentava um valor alpha satisfatório (de .78, para os seus 10 itens), o mesmo não se verificou para o segundo componente que, apresentou um valor de alpha inaceitável, obtendo o seu valor máximo de .58, para seis itens. Além disso, não parecia haver uma interpretabilidade destes dois componentes, o que nos levou a considerar a unidimensionalidade desta escala. Deste modo, conduziu-se uma análise factorial unidimensional, tendo sido eliminados três itens⁴⁰ com base no critério de saturação superior a .35, resultando uma escala final constituída por 16 itens, responsáveis no seu conjunto por 25,2% da variância explicada e obtendo um valor *alpha de Cronbach* de .80 (Quadro 10).

⁴⁰ Os itens a excluir com base nesta análise foram o 1 (*"tenho pensado ou estado preocupada com o bebé (sempre)"*), o 10 (*"a imagem que eu tenho do bebé dentro da minha barriga é (muito clara)"*) e o 16 (*"quando o bebé nascer quero pegar-lhe (imediatamente)"*).

Quadro 10. Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale (MAES)

VINCULAÇÃO PRENATAL	alpha = 0.80	Componente
11. quando eu penso no meu bebé sinto-me (muito feliz)		,667
2. quando falo / penso no meu bebé, os meus sentimentos são (muito fortes)		,642
3. os meus sentimentos pelo bebé têm sido (muito positivos)		,625
15. quando eu vir o meu bebé pela primeira vez acho que vou sentir (muito carinho)		,523
4. a minha vontade de ler / saber coisas sobre o bebé tem sido (muito forte)		,522
14. tenho tido cuidado com o que como para que o bebé tenha uma boa alimentação		,514
5. tenho tentado imaginar como será o meu bebé dentro da minha barriga		,508
9. quando penso / falo com o meu bebé os meus sentimentos são (sempre de carinho e afecto)		,499
8. tenho dado por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha		,495
12. algumas grávidas sentem-se tão irritadas com o seu bebé que lhes apetece magoá-lo		,460
17. tenho sonhado com o bebé ou a gravidez		,453
7. tenho sentido que o meu bebé depende de mim para o seu bem-estar		,424
13. tenho sentido pelo meu bebé (grande proximidade emocional)		,421
19. se eu perdesse o bebé neste momento, eu acho que me sentiria (muito triste)		,415
18. tenho dado por mim a sentir / procurar com a mão o bebé na minha barriga		,402
6. tenho pensado no bebé dentro de mim principalmente como (um ser real com características próprias)		,362

Apesar de não ter sido possível replicar a estrutura factorial original de dois factores, os itens assim agrupados de forma unidimensional parecem apresentar algumas características que nos permitem considerar esta estrutura válida. Em termos da sua interpretabilidade, podemos considerar que a relação mãe-bebé poderá ser melhor entendida como um constructo único e unificado.

Validade concorrente: A comparação do MAES com o Maternal Fetal Attachment Scale permite-nos validar a nova estrutura factorial do MAES, na medida em que as correlações são muito significativas relativamente a ambas as dimensões daquele instrumento de avaliação concorrente. É de salientar que esta correlação tanto se observou para o factor Envolvimento emocional com o bebé ($r = .479, p < .001$) como para a Construção da identidade materna ($r = .404, p < .001$), reforçando a importância e a interdependência de ambas as tarefas na construção da relação mãe-bebé. De qualquer forma, as correlações encontradas não são fortes, sugerindo que as diferentes dimensões da relação mãe-bebé consideradas não são sobreponíveis, parecendo fazer

sentido a sua utilização conjunta, podendo proporcionar dados complementares para a análise do constructo em questão.

No que diz respeito à **validade discriminante** esta escala permitiu distinguir grupos quanto às características que envolvem a gravidez, designadamente as grávidas primíparas, as situações em que a gravidez é planeada e desejada, e as situações de gravidez de risco. Foi também possível diferenciar, quanto à *Vinculação prenatal*, as grávidas em diferentes trimestres de gestação, dimensão que também é considerada uma variável relevante para este processo, contribuindo para reforçar a adequação da avaliação proporcionada por esta escala.

Por um lado, a *Vinculação Prenatal* parece apresentar uma adequada validade discriminante, permitindo estabelecer a maioria das distinções também evidenciadas pelas dimensões do MFAS (paridade, preocupação perante a notícia da gravidez, percepção de gravidez de risco), acrescentando suplementarmente algumas diferenciações “mais finas” que só este instrumento permite evidenciar (planeamento da gravidez, reacção feliz à notícia da gravidez).

Por outro lado, o facto de estas dimensões apresentarem valores diferenciados quanto à maioria das variáveis gravídicas mas não em relação à maioria das variáveis sócio-demográficas pode contribuir para a sua validade de constructo na medida em que a qualidade da relação mãe-bebé será uma dimensão mais central e nuclear, menos dependente das características sociodemográficas da grávida e mais das suas características psicossociais e atitudes face à gravidez e a maternidade.

5.2.5. BODY INVESTMENT SCALE (BIS)

Análise factorial exploratória: Inicialmente testou-se a PCA especificando-se uma solução de quatro factores (à semelhança do original) com rotação *varimax*, mas a replicação factorial falhou: os factores apresentavam pouca interpretabilidade e evidenciavam valores de consistência interna (*alpha de Cronbach*) inaceitáveis. Procedeu-se, então, à exploração dos constructos subjacentes à vivência do corpo na gravidez, conduzindo-se uma Análise Factorial Exploratória. A PCA inicial, com um valor KMO de .819, confirmando a adequação da amostra para esta análise, sugeriu a

extracção de dois factores[0]. Assumindo um critério de um valor de saturação mínimo de .35, excluiu-se um item, resultando numa escala final de 23 itens. Nesta solução, não se verificaram itens que saturassem em ambos os factores (Quadro 11). Esta solução factorial permite explicar 41% da variância nas variáveis medidas.

Quadro 11. Body Investment Scale (BIS)

		Component	
		1	2
Vivência positiva do corpo	Alpha = 0.87		
21.gosto da minha aparência apesar das suas imperfeições		,754	,201
10.sinto-me satisfeita com a minha aparência		,745	
8.gosto de mimar o meu corpo		,736	
1.acho que cuidar do meu corpo melhora o meu bem estar		,726	
4.dou importância à minha aparência		,694	
14.considero que é muito importante cuidar do corpo		,620	
16.sinto-me confortável com o meu corpo		,595	,198
12.sinto prazer em tomar banho		,579	-,147
20.gosto de tocar as pessoas que me são chegadas		,575	-,146
19.costumo usar produtos de beleza		,562	-,106
15.quando me magoo trato imediatamente da ferida		,556	,150
24.tenho cuidado comigo sempre que sinto um sinal de doença		,547	,187
23.sinto-me confortada quando alguém que me é chegado me abraça		,500	
6.gosto de estar em contacto físico com outras pessoas		,464	
18.olho sempre para os dois lados antes de atravessar a rua		,402	
Vivência Negativa do Corpo	Alpha = 0.78		
13.odeio o meu corpo		,154	,859
22.às vezes magoo-me de propósito			,838
17.sinto raiva em relação ao meu corpo		,138	,824
3.gosto de fazer coisas perigosas			,713
5.sinto-me frustrada com a minha aparência		,218	,603
11.sinto-me desconfortável quando alguém se aproxima demasiado			,548
9.tenho tendência a conservar distância da pessoa com quem estou a falar			,465
2.não gosto que me toquem			,355

Valores de alpha de Cronbach: O Coeficiente *alpha de Cronbach* foi calculado para os dois factores, que revelaram uma boa consistência interna com valores de .87 e .78. O *alpha de Cronbach* global foi de .86.

Interpretação dos factores: Esta nova estrutura do BIS mistura todas as dimensões originais em dois Componentes Principais. Assim, as dimensões corporais apresentadas por Orbach e Mikulincer (1998) distribuem-se aqui entre experiências corporais positivas ou negativas. Apenas os itens da dimensão *Body care* se mantêm coesos e integrados no primeiro factor. O Factor 1 inclui itens intrapessoais (que na versão original se referiam aos sentimentos e atitudes relativos à imagem corporal, ao conforto face ao toque, à protecção pessoal e ao cuidado corporal), tais como, “*eu gosto de mimar o meu corpo*” e itens interpessoais, tais como, “*gosto de tocar as pessoas que me são chegadas*”, ambos num sentido positivo, pelo que lhe chamámos *Vivência corporal positiva*.

Os restantes itens destas subescalas compõem o Factor 2. Este factor agrupa itens intrapessoais (relativos à mesmas dimensões acima referidas) como “*odeio o meu corpo*” e itens interpessoais como “*não gosto que me toquem*”, ambos com uma conotação negativa, pelo que lhe chamamos *Vivência Corporal Negativa*.

Correlação entre as subescalas: Testou-se a associação entre estas duas dimensões da vivência do corpo, mas apenas se encontrou uma correlação fraca entre estas duas dimensões corporais ($r=.162$, $p=0.020$), confirmando que não se tratam de dois pólos de um mesmo constructo, mas de dimensões psicológicas distintas entre si, validando esta distribuição factorial. Assim, estas dimensões da relação com o corpo parecem referir-se a aspectos da vivência corporal pouco relacionados entre si.

Conclusão: Este instrumento foi adaptado ao presente estudo, revelando uma nova estrutura factorial. Esta adaptação era crucial uma vez que a sua construção e validação originais foram desenvolvidas no contexto do suicídio adolescente, não havendo conhecimento da sua utilização com grávidas. E de facto, os resultados obtidos com o BIS sugerem uma conceptualização da vivência corporal distinta daquela que tinha sido proposta originalmente pelos seus autores, que haviam considerado a imagem corporal, o conforto com o toque, o cuidado corporal e a protecção corporal

como componentes distintos da vivência do corpo. No entanto, ainda que os autores tivessem enfatizado a ideia de que a vivência corporal é composta por estes quatro factores, eles ainda assim “*sugere[m] que as quatro subescalas representam diferentes facetas de um mesmo constructo hipotético único, tal como um sentido generalizado da vivência corporal que afecta cada faceta de uma forma similar*” (Orbach & Mikulincer, 1998: 422). Esta nova conceptualização da vivência corporal, combinado aspectos intra e interpessoais é consistente com as teorias desenvolvimentais que enfatizam a complementaridade destas duas componentes, na compreensão dos processos de funcionamento e desenvolvimento psicológicos. Deste modo, consideramos esta nova estrutura promissora para a compreensão da vivência corporal da gravidez e do seu desenvolvimento psicológico inerente. A consistência interna demonstrada permite-nos avaliar o BIS como um instrumento adequado à avaliação da vivência corporal na gravidez, ainda que continuem a ser necessários mais estudos com diferentes amostras adultas. Mas, mesmo tendo sido utilizado numa amostra e num domínio de investigação tão diferente, continua a evidenciar eficácia na avaliação da vivência do corpo, apresentando saturações elevadas e associações significativas com outras importantes dimensões psicológicas (tais como o estilo de vinculação, como foi já possível constatar numa análise preliminar dos resultados).

Validade de constructo: A comparação destas dimensões com a *Vivência do corpo grávido* evidenciou uma correlação muito significativa com a *Vivência positiva do corpo* ($r = .381, p < .001$), mas não com a *Vivência negativa do corpo*, questionando a validade de constructo desta dimensão do BIS (Quadro 12).

Quadro 12. BIS: Correlação entre as subescalas

Correlação entre as subescalas:	Relação com o Corpo grávido
Vivência positiva do corpo	,381(**)
Vivência Negativa do Corpo	,021

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Validade discriminante: Observou-se que a *Vivência positiva do corpo* permite distinguir as grávidas quanto ao nível de escolaridade, mas também quanto à

satisfação com o apoio social e quanto à história de depressão, que são variáveis relevantes como indicadores do ajustamento psicossocial do indivíduo, reforçando a compreensão da dimensão corporal como estrutural, tal como tínhamos proposto. Por outro lado, esta dimensão permitiu ainda distinguir as participantes relativamente a variáveis gravídicas como a paridade e a gravidez desejada (*reação preocupada à gravidez*), indicando a pertinência desta dimensão para o estudo da gravidez.

Por outro lado, verificou-se que a *Vivência negativa do corpo* não permitiu distinguir os sujeitos em relação a nenhuma das variáveis abordadas, quer de caracterização sociodemográfica (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, apoio social, história de depressão), quer relativas à gravidez (paridade, gravidez planeada, gravidez desejada, dificuldade em engravidar, gravidez de risco, trimestre de gestação), nem se relacionou com as diferentes dimensões em análise (vivência da gravidez, relação mãe-bebé, vinculação aos pais ou satisfação conjugal), emergindo apenas uma correlação fraca com as *Atitude negativa face à gravidez* ($r = .215, p < 0.001$) e com a *Percepção de mudança pessoal* ($r = .152, p < 0.05$).]. Portanto, não foi possível estabelecer a validade discriminante desta dimensão, sendo questionada a pertinência da sua utilização no presente estudo. Deste modo, optou-se por excluir esta dimensão da análise dos resultados a seguir conduzida.

Conclusão: As três dimensões corporais parecem estar a avaliar aspectos diferenciados da vivência corporal, relacionados com variáveis diferentes das circunstâncias de vida da grávida. Paralelamente, é importante notar que a dimensão *Vivência negativa do corpo* não apresenta qualquer capacidade discriminante, pondo em causa a validade da sua utilização neste estudo. As restantes dimensões parecem no entanto abordar aspectos relevantes do ponto de vista da nossa amostra, permitindo ambas distinguir as grávidas quanto à paridade, quanto ao desejo da gravidez e quanto ao apoio social da grávida que são sem dúvida aspectos relevantes na compreensão da experiência gravídica. Estas dimensões completam-se ainda de alguma forma, ao permitirem estabelecer de forma mais específica relações com determinadas variáveis do contexto sociodemográfico e obstétrico, designadamente a influência da idade, do planeamento da gravidez e da reação inicial feliz à gravidez sobre a qualidade da *Vivência do corpo grávido*, e a influência da escolaridade e da depressão sobre a

Vivência positiva do corpo. Esta última dimensão parece estar de facto relacionada a aspectos mais estruturantes e menos específicos da gravidez, provavelmente precedendo-a, enquanto que a primeira evidencia a sua sensibilidade às variáveis gravídicas, tal como seria de esperar, na medida em que avalia especificamente a *Vivência do corpo grávido*. Deste modo, podemos considerar que estas dimensões não serão redundantes entre si, permitindo contribuir de forma diferenciada mas complementar para a compreensão da vivência do corpo na gravidez, na medida em que postulámos que esta vivência seria influenciada quer pela relação com o corpo estabelecida ao longo do percurso desenvolvimental da mulher, precedendo em larga medida a própria gravidez, mas apresentando ainda especificidades e desafios particulares associados às transformações físicas e às implicações relacionais e emocionais / psicossociais da gravidez.

5.2.6. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS CONJUGAIS (EASAC)

Análise factorial: Conduziu-se uma Análise em Componentes Principais com rotação varimax, acompanhada de uma análise dos valores de consistência da escala, com o objectivo de verificar a adequação deste instrumento à utilização neste estudo. O KMO de .937 confirma a adequação desta análise. A rotação dos 44 itens evidenciou uma estrutura bifactorial equivalente à original, e, portanto, interpretável. Procedeu-se então à depuração dos itens com saturação inferior a .35 no seu factor e / ou que saturassem em ambos os factores, evidenciando pouca capacidade discriminativa. Com base nestes critérios, foram excluídos dois itens. Foi ainda considerado o valor alpha de Cronbach de cada subescala, no sentido de identificar os itens que pudessem prejudicar a sua consistência interna. Este procedimento permitiu eliminar dois itens adicionais. A escala resultante, de 40 itens no total (Quadro 13), reproduz, de forma muito aproximada, a estrutura originalmente proposta pelas autoras (Narciso & Costa, 1996).

Estes dois componentes permitem explicar no seu conjunto 56% da variância total, sendo que o primeiro componente é responsável por 34,5% da variância e o segundo componente por 21,8%.

Quadro 13. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais (EASAC)

	Factor	
	1	2
Factor 1: Amor Conjugal	alpha = 0.97	
30.o apoio emocional que o meu marido me dá	.772	.392
34.a admiração que o meu marido sente por mim	.765	.344
33.a admiração que sinto pelo meu marido	.749	.400
40.as expectativas do meu marido quanto ao futuro da nossa relação	.745	.420
21.o modo como expresso o que sinto pelo meu marido	.743	.251
22.o modo como o meu marido expressa o que sente por mim	.738	.315
24.o desejo sexual que o meu marido sente por mim	.736	.231
27.o prazer que o meu marido sente quando temos relações sexuais	.735	.249
19.o que sinto pelo meu marido	.727	.328
20.o que o meu marido sente por mim	.721	.346
42.a opinião que o meu marido tem sobre o meu aspecto físico	.717	.235
29.o apoio emocional que dou ao meu marido	.707	.379
26.o prazer que sinto quando temos relações sexuais	.693	.246
23.o desejo sexual que sinto pelo meu marido	.681	.262
39.as minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.680	.470
28.a qualidade das nossas relações sexuais	.678	.283
31.a confiança que tenho no meu marido	.675	.392
32.a confiança que o meu marido tem em mim	.666	.435
38.os nossos projectos para o futuro	.657	.451
41.o aspecto físico do meu marido	.657	.280
37.a atenção que o meu marido dedica aos meus interesses	.652	.431
25.a frequência com que temos relações sexuais	.633	.272
35.a partilha de interesses e actividades	.617	.460
44.a opinião que o meu marido tem sobre as minhas características e hábitos	.613	.361
36.a atenção que dedico aos interesses do meu marido	.595	.489
15.o modo como conversamos	.594	.510
43.as características e hábitos do meu marido	.592	.410
14.a frequência com que conversamos	.580	.512
Factor 2: Funcionamento Conjugual	alpha = 0.93	
9.o modo como nos relacionamos com a minha família	.187	.695
13.a nossa relação com a profissão do meu marido	.241	.656
1.o modo como gerimos a nossa situação financeira	.284	.650
10.a minha privacidade e autonomia	.356	.648
7.o modo como nos relacionamos com os amigos	.363	.645
11.a privacidade e autonomia do meu marido	.302	.635
12.a nossa relação com a minha profissão	.156	.626
16.os assuntos sobre os quais conversamos	.460	.620
3.o modo como tomamos decisões	.454	.604
17.a frequência dos conflitos que temos	.266	.564
4.a distribuição de responsabilidades	.448	.563
18.o modo como resolvemos os conflitos	.451	.561

8.o modo como nos relacionamos com a família do meu marido	.172	.554
5.o modo como passamos os tempos livres	.424	.531
6.quantidade de tempos livres	.239	.456

Alpha de Cronbach: A análise da consistência interna das subescalas evidenciou valores muito elevados, de .97 para o primeiro factor e de .93 para o segundo factor, reforçando a robustez deste instrumento, mas apontando também para alguma redundância dos seus itens.

Correlação entre os factores: A correlação entre os factores encontrada, no valor de .80 ($p < .001$) reforça a redundância dos itens, evidenciando uma grande proximidade entre as subescalas. No entanto, as subescalas apresentam em termos conceptuais uma distinção clara pelo que se considerou pertinente abordar a escala em termos bidimensionais, e não apenas em termos de um *score* global.

5.2.7. QUESTIONÁRIO DA VINCULAÇÃO AO PAI E À MÃE (QVPM)

Análise Factorial: Uma vez que o instrumento foi originalmente construído e validado (Matos, Almeida & Costa, 1998) no contexto sociocultural Português, procurou-se apenas confirmar e testar a estrutura factorial proposta pelas autoras. A realização destes procedimentos mostrou-se, ainda assim, pertinente uma vez que o instrumento foi validado numa amostra de adolescentes e universitários e nunca tinha sido administrado (ou validado) com uma amostra de grávidas. Uma vez que este instrumento integra, simultaneamente, um conjunto de itens para avaliar a vinculação com cada uma das figuras parentais (que devem ser respondidos de forma independente), a Análise de Componentes Principais (PCA) foi realizada, separadamente, para cada uma destas figuras. A PCA com Rotação *Varimax* dos 31 itens iniciais evidenciou (tal como era esperado em função da estrutura original) uma organização em três Factores, sendo esta estrutura e organização dos factores

semelhante para os itens relativos ao pai (QVP) e à mãe (QVM)⁴¹. Ainda assim, no que diz respeito às saturações e, conseqüentemente, à importância de cada item para o factor que integra, verificam-se variações (Quadros 14 e 15). Da análise das saturações dos itens pelos 3 factores e optando por manter apenas os mais “robustos”, i.e., usou-se como critério a existência de uma saturação superior a .35 em ambas as partes do questionário (QVP e QVM). Assim sendo, foram eliminados 5 itens (3, 6, 12, 15 e 30), quer para o QVP, quer para o QVM. A solução encontrada é assim composta por 26 itens, responsáveis por 52,74% da variância total no caso do pai e por 48,90% no caso da mãe. Para ambas as análises factoriais verificou a adequação da amostra ($KMO = .85$, quer para o QVP quer para o QVM) satisfatória (Tabachnick & Fidell, 2001). Os factores encontrados são totalmente interpretáveis, interpretação que de resto corresponde à descrição original das dimensões pelas autoras (ver interpretação dos factores). As consistências internas (*alpha de Cronbach*) dos factores podem ser consideradas bastante satisfatórias, sendo inclusivamente idênticas às originalmente encontradas, à excepção do factor 3 (*Ansiedade de separação e dependência*), aquele em que foram eliminados os cinco itens e que tem um valor mais baixo (.79 no QVP e .74 no QVM). O Factor 1 referente à Qualidade do Laço Emocional apresenta um *alpha de Cronbach* de .93 para o pai e de .89 para a mãe. No factor 2, relativo à Inibição de Exploração e Individualidade, os valores de consistência interna são de .83 e .85, respectivamente para o pai e para a mãe.

⁴¹ De forma a facilitar a apresentação e compreensão destes resultados usar-se-ão as designações QMP e QVM, para designar os itens relativos a cada uma das figuras parentais, respectivamente pai e mãe.

Quadro 14. Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (Versão Pai)

	Componente		
	1	2	3
14. em muitas coisas eu admiro os meus pais	.859	-.160	.102
31. eu e os meus pais temos uma relação de confiança	.817	-.124	.286
11. confio nos meus pais para me apoiarem em momentos difíceis da minha vida	.811	-.134	.212
23. os meus pais têm um papel importante na minha vida	.792		.322
27. os meus pais fazem-me sentir bem comigo própria	.768	-.117	.282
20. sei que posso contar com os meus pais sempre que precisar deles	.766	-.169	.260
17. apesar dos meus conflitos com os meus pais, tenho orgulho neles	.731		.163
8. os meus pais conhecem-me bem	.726	-.157	.132
2. tenho confiança que a minha relação com os meus pais se vai manter no tempo	.700	-.184	
5. apesar das minhas divergências com os meus pais, eles são únicos para mim	.637	.123	
4. os meus pais impõem a maneira deles de ver as coisas	.133	.731	
28. os meus pais têm a mania que sabem sempre o que é melhor para mim		.705	
13. os meus pais preocupam-se demasiadamente comigo e intrometem-se onde não são chamados		.672	
25. os meus pais abafam a minha verdadeira forma de ser	-.149	.657	.195
1. os meus pais estão sempre a interferir em assuntos que só têm a ver comigo	.136	.607	
22. os meus pais dificilmente me dão ouvidos	-.284	.593	
16. na minha família é problema eu ter gostos diferentes dos meus pais	-.205	.583	
19. discutir assuntos com os meus pais é uma perda de tempo e não leva a lado nenhum	-.323	.579	.129
7. os meus pais desencorajam-me quando quero experimentar uma coisa nova		.536	
10. não vale muito a pena discutirmos porque nem eu nem os meus pais damos o braço a torcer	-.109	.496	.191
26. não sou capaz de enfrentar situações difíceis sem o apoio dos meus pais			.748
9. só consigo enfrentar situações novas se os meus pais estiverem comigo	.135		.741
24. tenho medo de ficar sozinha se um dia perder os meus pais	.291		.678
29. se tivesse de ir morar para longe dos meus pais sentir-me-ia perdida	.299	.131	.583
21. faço tudo para agradar aos meus pais	.425		.569
18. os meus pais são as únicas pessoas importantes na minha vida	.217	.220	.554

Quadro 15. Questionário De Vinculação Ao Pai E À Mãe: Versão Mãe (QVPM)

	Componente		
	1	2	3
11. confio nos meus pais para me apoiarem em momentos difíceis da minha vida	.816		.126
14. em muitas coisas eu admiro os meus pais	.811	-.162	.157
20. sei que posso contar com os meus pais sempre que precisar deles	.741	-.254	.171
23. os meus pais têm um papel importante na minha vida	.736		.285
17. apesar dos meus conflitos com os meus pais, tenho orgulho neles	.726		
31. eu e os meus pais temos uma relação de confiança	.707	-.265	.343
2. tenho confiança que a minha relação com os meus pais se vai manter no tempo	.639	-.100	
8. os meus pais conhecem-me bem	.625	-.196	.329
5. apesar das minhas divergências com os meus pais, eles são únicos para mim	.600	.127	
27. os meus pais fazem-me sentir bem comigo própria	.585	-.233	.401
4. os meus pais impõem a maneira deles de ver as coisas	.139	.710	
28. os meus pais têm a mania que sabem sempre o que é melhor para mim		.694	
1. os meus pais estão sempre a interferir em assuntos que só têm a ver comigo		.686	
13. os meus pais preocupam-se demasiadamente comigo e intrometem-se onde não são chamados	-.101	.685	
25. os meus pais abafam a minha verdadeira forma de ser	-.145	.654	.165
22. os meus pais dificilmente me dão ouvidos	-.333	.588	
16. na minha família é problema eu ter gostos diferentes dos meus pais	-.117	.570	
19. discutir assuntos com os meus pais é uma perda de tempo e não leva a lado nenhum	-.327	.558	.119
10. não vale muito a pena discutirmos porque nem eu nem os meus pais damos o braço a torcer		.545	.136
7. os meus pais desencorajam-me quando quero experimentar uma coisa nova	-.114	.479	.108
18. os meus pais são as únicas pessoas importantes na minha vida		.112	.675
9. só consigo enfrentar situações novas se os meus pais estiverem comigo	.142		.657
21. faço tudo para agradar aos meus pais	.251		.632
26. não sou capaz de enfrentar situações difíceis sem o apoio dos meus pais		.177	.619
29. se tivesse de ir morar para longe dos meus pais sentir-me-ia perdida	.268		.614
24. tenho medo de ficar sozinha se um dia perder os meus pais	.183	.110	.611

Valores alpha de Cronbach: Tal como já foi referido, a consistência interna (coeficientes *alpha* de Cronbach) das escalas do instrumento é bastante satisfatória. Os valores acima relatados podem ser considerados muito bons atestando uma elevada

consistência interna das subescala (Freire & Almeida, 2001). Atendendo ao facto da estrutura deste instrumento ser considerada multidimensional não se considerou o valor de *alpha de Cronbach* para a(s) escala(s) total(ais).

Interpretação dos Factores: Tal como já foi referido a estrutura encontrada replica, no que concerne à distribuição dos itens pelos factores a estrutura originalmente proposta. A eliminação dos itens 3, 6, 12, 15 e 30 do factor 3 (*Ansiedade de separação e dependência*) não afecta a sua dimensionalidade e interpretabilidade. Assim sendo, remete-se para a apresentação dos instrumentos para uma descrição mais detalhada do significado subjacente aos factores.

Correlação entre os factores: Os três factores encontram-se correlacionados, sendo estas correlações moderadas ou fracas. A correlação mais elevada verifica-se entre a Qualidade do Laço Emocional e a *Ansiedade de separação e dependência* ($r = .34, p < .01$ para o QVM e $r = .39, p < .01$ para o QVP) e a mais fraca entre a *Ansiedade de separação e dependência* e a *Inibição da exploração e da individualidade* ($r = .18, p < .01$ para o QVM e $r = .16, p < .05$ para o QVP). Pode assim concluir-se acerca da ausência de sobreposição entre as dimensões que integram o QVPM e, consequentemente, acerca da sua relativa distinção conceptual e da natureza multidimensional do instrumento. Ainda assim, a existência de correlações moderadas e fracas (que, de resto, se verificam no sentido esperado) entre os factores é um argumento a favor da validade de constructo da escala e da sua pertinência numa escala que avalia um mesmo constructo psicológico, neste caso a vinculação.

Score total: Uma vez que as subescalas são conceptualmente independentes, entende-se que não faz sentido considerar-se um score total.

Validade de Constructo e discriminante: Além do que já foi defendido a propósito da correlação entre os factores (quanto à validade de constructo) e atendendo ao facto de que este instrumento foi construído e validado no contexto sociocultural português, tendo já reunido evidências de validade de constructo e discriminante, a análise destes critérios de validade não foi realizada para este instrumento.

Conclusão: A exploração da estrutura factorial e das propriedades psicométricas do QVPM permitiu-nos concluir acerca da adequação deste instrumento para a avaliação da Vinculação com as figuras parentais. A organização em três factores replica a estrutura original e evidencia dimensões psicológicas pertinentes e com valores de consistência interna satisfatórios.

5.3. CONCLUSÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

As propriedades psicométricas das escalas em relação à amostra utilizada foram testadas, num processo de adaptação dos instrumentos às características da amostra. Em resultado desta Análise Factorial das Escalas, *Subescalas* e *Ítems*, os questionários utilizados sofreram alterações no sentido de uma maior adequação à amostra em estudo, no sentido de potenciar a fiabilidade e a validade dos resultados obtidos.

Foi em função dos resultados assim obtidos nesta avaliação da estrutura e das qualidades psicométricas dos instrumentos, que se definiu o formato final dos instrumentos de avaliação, e se procedeu posteriormente à análise dos resultados.

MFAS: Envolvimento emocional com o bebé e Construção da Identidade Materna

A avaliação da relação mãe-bebé pelo MFAS encontrou diferenças face à formulação original de Cranley e colaboradores (1981), numa reestruturação das suas dimensões, que constitui uma adaptação daquele instrumento ao presente estudo. Os resultados obtidos evidenciaram uma conceptualização da relação mãe-bebé na gravidez diferente da que foi proposta originalmente pela sua autora⁴², emergindo uma nova concepção que nos pareceu consistente com a compreensão da construção da relação mãe-bebé na gravidez. Assim, as duas dimensões evidenciadas pela análise factorial do instrumento – *Envolvimento emocional com o bebé* e *Construção da identidade materna* – vão ao encontro das formulações teóricas que valorizam estes dois componentes na compreensão deste processo de desenvolvimento psicológico na gravidez. O facto de estes dois factores se apresentarem significativamente correlacionados evidencia a estreita ligação entre estes dois processos pois imaginar o bebé está intrinsecamente associado ao imaginar também a mãe a cuidar dele (e vice-versa: não faz sentido falar-se em mãe sem se imaginar um filho). Portanto, esta nova reorganização dos itens enfatiza tanto a construção do papel de mãe como a interacção com o bebé nesta tarefa psicológica essencial à transição para a maternidade, que é a construção da relação mãe-bebé.

⁴² Cranley (1981) definiu a Vinculação Materna Prnatal como “the extend to which women engage in behaviours that represent an affiliation and interaction with their unborn child” (181), ie, a medida em que uma mulher grávida desenvolve comportamentos que representam afiliação e interacção em relação ao feto (*t.l.da autora*).

MAES: Vinculação Prenatal

Este segundo instrumento pretende avaliar também a Relação Mãe-Bebé mas, baseando-se na teoria da vinculação, conceptualiza essa relação em termos de uma vinculação parental prenatal, privilegiando a sua componente cognitiva e emocional sobre os comportamentos e as interações valorizadas no instrumento anterior. Apesar de não ter sido possível replicar a estrutura factorial original de dois factores, este instrumento unidimensional apresenta algumas evidências de validade, parecendo fazer sentido considerar a relação mãe-bebé como um constructo único e unificado que se centra especificamente na construção da relação emocional com o bebé.

A par da sua fundamentação teórica mais robusta e mais adequada à abordagem adoptada neste estudo, a *Vinculação prenatal* assim avaliada parece ainda apresentar uma validade discriminante superior à das restantes dimensões de avaliação da relação mãe-bebé, permitindo estabelecer a maioria das distinções também evidenciadas pelas dimensões do MFAS (paridade, preocupação perante a notícia da gravidez, trimestre de gravidez), acrescentando suplementarmente algumas discriminações mais finas que só este instrumento permite evidenciar (planeamento da gravidez, reacção feliz à notícia da gravidez). Ainda assim, podemos considerar que as restantes dimensões nos permitem ainda identificar aspectos distintos da relação mãe-bebé, nomeadamente o efeito da história de depressão, da dificuldade em engravidar e da gravidez de risco, o que reforça a pertinência desta avaliação mais alargada e complementar da relação mãe-bebé, em que, cada uma das dimensões apresenta um contributo relevante, na medida em que as dimensões aparecem como distintas mas complementares.

De facto, a avaliação da Relação Mãe-Bebé pelo MAES tem-se mostrado mais sensível ao planeamento da gravidez (Condon & Esuvaranathan, 1990) ao contrário dos estudos que recorrem ao MFAS (Kemp & Page, 1987; Mendes, 2002), o que nos permite compreender melhor os nossos resultados que também reproduziram este padrão, sublinhando a comparabilidade dos resultados do presente estudo em relação a outros estudos que utilizaram os mesmos instrumentos. Assim, ainda que tenhamos procedido a todo um conjunto de adaptações e alterações aos instrumentos de medida de modo a torná-los mais adequados e válidos para a nossa amostra, estes resultados sugerem que a comparabilidade entre estudos (ainda que sempre específicos e enquadrados

num determinado estudo e amostra), não terá ficado inviabilizada, o que contribui para a validação das novas versões.

A VIVÊNCIA DO CORPO

A relação com o corpo constitui também uma variável-chave deste estudo. Assim, além da avaliação da *Vivência do corpo grávido* contemplada no Questionário de Avaliação da vivência da Gravidez, abordando de forma mais específica as questões relativas ao corpo grávido, e em especial a vivência da “barriga grávida” (ainda que a validade e a fidelidade desta subescala não estivesse já estabelecida), considerou-se importante incluir uma avaliação mais geral da relação com o corpo, referente a uma vivência mais global da corporalidade, que incluísse aspectos que não fossem específicos da gravidez, na medida em que se postula que, apesar da especificidade da vivência corporal na gravidez, esta será condicionada em grande parte pela forma como a relação com o corpo foi construída ao longo do desenvolvimento psicológico da mulher (agora grávida), e que precede a própria gravidez (Harrison, 1990⁴³). Por isso, foi incluído um segundo instrumento de avaliação da relação com o corpo, o Body Investment Scale (BIS, Orbach & Mikulincer, 1998).

BIS: Vivência positiva do corpo

O processo de adaptação do BIS resultou numa estrutura bidimensional com valores de consistência interna muito satisfatórios, organizada em dois componentes principais: a *Vivência positiva do corpo* e a *Vivência negativa do corpo*, que pareciam ser, não dois pólos de um mesmo constructo, mas sim duas dimensões corporais distintas e complementares. No entanto, esta segunda dimensão não apresentou qualquer capacidade discriminante, pondo em causa a validade da sua utilização neste estudo, tendo sido excluída da análise dos resultados. A dificuldade de validar a dimensão relativa à *Vivência negativa do corpo* pelo facto de esta dimensão não se ter associado na nossa amostra constituída por grávidas com a maioria das variáveis avaliadas, poderá ser explicada pela tonalidade positiva que a gravidez imprime à vivência corporal e que não é compatível com formulações negativas como “*eu odeio o meu*

⁴³ Harrison, 1990: As mulheres com imagem corporal positiva anterior à gravidez planeada tendiam a apresentar reacções mais positivas face às alterações corporais da gravidez e do pós-parto.

corpo” ou “*odeio que me toquem*”, que não são adequadas à avaliação da vivência corporal num período como a gravidez.

O único factor resultante que foi considerado, designado *Vivência positiva do corpo*, inclui itens intra-pessoais e itens inter-pessoais com uma conotação positiva, agrupando itens que na versão original se referiam aos sentimentos e atitudes relativos à imagem corporal, ao conforto face ao toque, à protecção pessoal e ao cuidado corporal. Evidenciaram valores mais elevados nesta dimensão as grávidas com circunstâncias de vida mais favoráveis em termos de escolaridade, de apoio social e depressão / ajustamento psicossocial, mas também as primíparas e as grávidas com gravidez desejada (que poderemos especular que tenham também condições de vida mais favoráveis...), associando-se também às principais dimensões da adaptação à gravidez, da relação conjugal e da vinculação.

QAG: *Vivência do corpo grávido*

A *Vivência do corpo grávido* é uma dimensão que resultou da construção de um novo instrumento especificamente para este estudo, com o objectivo de avaliar a experiência das transformações e experiências corporais gravídicas, centrando-se na vivência e na partilha desse “novo” corpo. Do seu processo de construção e validação resultou um factor constituído por afirmações como “*sinto-me muito vaidosa com o formato da minha barriga*” ou “*fico satisfeita quando as pessoas notam que estou grávida*”, num conjunto de itens que consistentemente se referem à forma como a grávida valoriza e se identifica com o “novo corpo” - destacando-se o significado atribuído à “barriga grávida” (que representa e evidencia a própria gravidez quer em termos intra individuais como em termos interpessoais) - e à forma como a mulher grávida se relaciona com ele, assumindo-o e identificando-se com ele, enfatizando a vivência positiva desse corpo grávido que claramente remete para uma identificação com a gravidez e a maternidade.

O facto deste factor também recolher médias significativamente mais elevadas entre as grávidas primíparas, as grávidas cuja gravidez foi planeada e as que receberam a notícia da gravidez com uma reacção muito feliz e nada preocupada, permite também associar este factor a um maior envolvimento emocional com a gravidez, reforçando a

noção de que essa vivência da gravidez tem como componente psicológico central a forma como é vivenciado o corpo grávido.

É portanto através da forma como a grávida sente e partilha (mostrando) as suas transformações corporais, que está patente a forma como ela está também a sentir (e a partilhar) a sua própria gravidez. Assim, os nossos dados parecem evidenciar uma ligação estreita entre a aceitação e a identificação com a gravidez (em termos do desejo e da vivência da gravidez) e a *Vivência do corpo grávido*. É a vivência do corpo como uma forma de aceder à qualidade desta vivência da gravidez, pois a forma como a grávida sente as experiências e transformações corporais pode dizer-nos muito sobre a forma como está a lidar com esta transição.

Estas diferentes dimensões corporais parecem estar a avaliar aspectos diferenciados da vivência corporal, relacionados que estão com variáveis distintas das circunstâncias de vida da grávida, mas parecem abordar aspectos relevantes do ponto de vista da nossa amostra, permitindo ambas distinguir as grávidas quanto à paridade e quanto ao desejo da gravidez que são sem dúvida aspectos relevantes na compreensão da experiência gravídica. Estas dimensões completam-se ainda de alguma forma, ao permitirem estabelecer de forma mais específica relações com determinadas variáveis do contexto sócio-demográfico e gravídico, designadamente a influência da idade, do planeamento da gravidez e da reacção inicial feliz à gravidez sobre a qualidade da *Vivência do corpo grávido* e a influência da escolaridade, do apoio social e da depressão sobre a *Vivência positiva do corpo*. Esta última dimensão parece estar, de facto, relacionada com aspectos mais estruturantes e menos específicos da gravidez, provavelmente precedendo-a, enquanto que a primeira evidencia a sua maior sensibilidade às variáveis gravídicas, tal como seria de esperar, na medida em que avalia especificamente a *Vivência do corpo grávido*. Deste modo, podemos considerar que estas dimensões não serão redundantes entre si, permitindo contribuir de forma diferenciada mas, complementar, para a compreensão da vivência do corpo na gravidez, na medida em que postulámos que esta vivência seria influenciada pela relação com o corpo estabelecida ao longo do percurso desenvolvimental da mulher, precedendo em larga medida a própria gravidez, mas apresentando ainda especificidades e desafios particulares associados às transformações físicas e às implicações relacionais e emocionais / psicossociais da gravidez.

Depois desta reflexão sobre o que foi afinal avaliado e de que falamos quando falamos de Relação Mãe-Bebé e de Vivência do Corpo, vamos então proceder à apresentação dos resultados obtidos explorando a relação entre estas nossas variáveis dependentes em estudo e as diferentes variáveis independentes, quer em termos de variáveis sócio-demográficas mais gerais (num primeiro ponto), quer em termos das variáveis gravídicas que mais especificamente enquadram este acontecimento de vida (num segundo ponto), quer em termos das variáveis psicossociais privilegiadas na compreensão da Relação Mãe-Bebé e da Vivência do Corpo, como a adaptação à gravidez, a relação conjugal e a relação com os pais (num terceiro ponto). Esta análise será ainda complementada por um pequeno estudo longitudinal da Relação Mãe-Bebé e da Vivência do Corpo, que permitirá explorar em que medida é possível identificar mudanças desenvolvimentais ao longo do processo gravídico, e que dimensões assumem maior preponderância em cada fase deste processo de construção da relação mãe-bebé. Toda esta análise culminará na exploração da relação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo, que será concluída com uma análise final e hierarquizada dos principais preditores de cada uma das dimensões-chave deste estudo, proporcionando uma leitura integrada dos resultados obtidos.

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

CAPÍTULO 6.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Depois da reflexão desenvolvida no capítulo “Adaptação dos Instrumentos” sobre o que foi afinal avaliado e de que falamos quando falamos de Relação Mãe-Bebé e de Vivência do Corpo, vamos então proceder à apresentação dos resultados obtidos explorando a relação entre estas nossas variáveis dependentes em estudo e as diferentes variáveis independentes consideradas, designadamente as variáveis sociodemográficas mais gerais e as variáveis gravídicas que mais especificamente enquadram este acontecimento de vida (Objectivo 1), bem como as variáveis psicossociais privilegiadas na compreensão da Relação Mãe-Bebé e da Vivência do Corpo, como a adaptação à gravidez, a relação conjugal e a relação com os pais (Objectivo 2). Esta análise foi ainda complementada por um estudo transversal e por um pequeno estudo longitudinal da Relação Mãe-Bebé e da Vivência do Corpo, que permitiram explorar as mudanças desenvolvimentais ao longo do processo gravídico (Objectivo 3). Toda esta análise culminou na exploração da associação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo (Objectivo 4), que foi concluída com uma análise final e hierarquizada dos principais preditores da Relação Mãe-Bebé, procurando proporcionar uma integração dos principais resultados obtidos.

6.1. EFEITO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E GRAVÍDICAS

(Objectivo1)

6.1.1. Efeito das variáveis sociodemográficas e gravídicas na relação mãe-bebé

Para analisar o efeito das diferentes variáveis independentes avaliadas na relação mãe-bebé, recorreu-se a análises de variância multivariada (MANOVA), complementada pelos procedimentos de múltipla comparação (*post-hocs*) pelo teste de Scheffé, sempre que foram encontrados efeitos significativos. As médias e os desvios-padrões em ambos os factores do MFAS (*Envolvimento emocional com o bebé* e *Construção da identidade materna*) e no factor unidimensional do MAES (*Vinculação prenatal*) são apresentados para os diferentes grupos de grávidas, sempre que apresentem diferenças significativas, quer quanto às variáveis sociodemográficas, quer quanto às variáveis gravídicas em análise.

Variáveis sociodemográficas: Não se encontraram diferenças em qualquer das subescalas de avaliação da Relação Mãe-Bebé quanto às variáveis sociodemográficas consideradas, designadamente a idade, o estado civil, a percepção de apoio social, a escolaridade e a situação profissional, ao contrário do esperado (H1). Assim, as médias obtidas no *Envolvimento emocional com o bebé*, na *Construção da identidade materna* e na *Vinculação prenatal* não variaram em função das circunstâncias sociodemográficas da grávida. Apenas foram encontradas diferenças quanto à *história de depressão*, revelando que os valores diminuem com a prevalência de depressão no factor *Construção da identidade materna*, $[F(2, 167) = 3,688, p = .027]$, sendo possível observar, através das comparações múltiplas (*post hoc*s), que as grávidas que referiram depressão actual ou recente (depressão há menos de um ano) apresentam valores mais baixos desta dimensão da relação mãe-bebé do que as grávidas que referiram nunca ter recorrido a acompanhamento psicológico ou psiquiátrico por motivo de depressão, que são as que apresentam médias mais elevadas neste factor. No entanto, não se encontraram diferenças em relação às grávidas com história passada de depressão (há mais de um ano) neste factor, nem qualquer efeito desta variável nas

restantes dimensões de avaliação da Relação Mãe-Bebé. Todos estes resultados podem ser consultados no Quadro 16.

Quadro 16. Relação Mãe-Bebé e Variáveis Sociodemográficas

Relação Mãe-Bebé e Variáveis sociodemográficas	MFAS						MAES
	Envolvimento emocional com o bebé			Construção da Identidade Materna		Vinculação prenatal	
	N	M	DP	M	DP	M	DP
Idade:							
▪ 20-24	50	3,64	,802	4,58	,457	4,38	,369
▪ 25-29	70	3,43	,835	4,55	,470	4,42	,482
▪ 30-34	38	3,38	,885	4,43	,577	4,38	,318
▪ + 35	15	3,27	,725	4,41	,454	4,11	,425
	gl	(3, 169)		(3, 169)		(3, 169)	
	F	1,268		0,991		2,370	
	p	ns		ns		ns	
Estado Civil:							
▪ Casada ou em União de facto	159	3,44	,818	4,53	,483	4,37	,421
▪ Solteira	13	3,67	,938	4,38	,584	4,37	,418
	gl	(1, 183)		(1, 183)		(1, 182)	
	F	0,915		1,373		0,016	
	p	ns		ns		ns	
Escolaridade:							
▪ 1º ciclo	13	3,16	,859	4,59	,465	4,22	,436
▪ 2º e 3º ciclo	106	3,49	,824	4,53	,488	4,39	,457
▪ secundário e superior	66	3,46	,843	4,49	,504	4,36	,353
	gl	(2, 182)		(2, 182)		(1, 181)	
	F	0,431		0,362		0,124	
	p	ns		ns		ns	
Situação Profissional:							
▪ empregada	126	3,43	,800	4,54	,479	4,36	,429
▪ desempregada	31	3,54	,920	4,41	,552	4,40	,378
▪ outros	14	3,56	,948	4,56	,470	4,33	,445
	gl	(2, 168)		(2, 168)		(2, 166)	
	F	0,291		0,917		0,146	
	p	ns		ns		ns	
Apoio Social:							
▪ Pouco ou Nenhum	33	3,36	,938	4,42	,577	4,24	,349
▪ Bastante	41	3,49	,791	4,55	,475	4,42	,348
▪ Muito	97	3,46	,818	4,56	,453	4,41	,466
	gl	(2, 168)		(2, 168)		(2, 171)	
	F	0,337		1,139		1,946	
	p	ns		ns		ns	
História de Depressão							
▪ Nunca	158	3,51	,816	a 4,56	,487	4,38	,338
▪ Depressão há mais de 1 ano	19	3,25	,783	4,33	,388	4,32	,854
▪ Depressão há menos de 1 ano	5	3,09	1,123	b 4,10	,652	4,15	,384
	gl	(2, 167)		(2, 167)		(2, 167)	
	F	1,265		3,688		,908	
	p	ns		.027		ns	

Passando a explorar o efeito das variáveis que mais especificamente caracterizam a experiência gravídica, começamos por analisar as **diferenças quanto à paridade**, observando que as primíparas parecem apresentar valores mais elevados de *Envolvimento emocional com o bebé*, [F (1, 183) = 13,568, p<0,001], de *Construção da identidade materna*, [F (1, 183) = 9,671, p = 0.002], e de *Vinculação prenatal*, [F (1, 182) = 14,377, p < 0.001], do que as participantes que já tinham estado grávidas⁴⁴ (Quadro 17), ao contrário do esperado (H2).

Quadro 17. Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Paridade

MFAS				MAES			
Relação Mãe-Bebé e a Paridade	Envolvimento emocional com o bebé			Construção da identidade materna		Vinculação prenatal	
	N	M	DP	M	DP	M	DP
Paridade:							
▪ Primípara	121	3,62	,076	4,60	,045	4,45	,038
▪ Multipara	64	3,16	,105	4,37	,062	4,23	,053
	gl	(1, 183)		(1, 183)		(1, 182)	
	F	13,568		9,671		14,377	
	p	,000		,002		,000	

Em termos da análise das diferenças quanto ao **planeamento da gravidez**, encontraram-se valores mais elevados de *Vinculação prenatal* nas grávidas que planearam a sua gravidez do que nas que não planearam, [F(2, 181) = 7,023; p = 0,001], tal como esperado (H3), mas não no factor *Envolvimento emocional com o bebé* nem no factor *Construção da identidade materna* (Quadro 18).

Em relação às diferenças quanto ao **desejo da gravidez**, avaliando a Reacção à Gravidez, as grávidas que referem ter-se sentido “*muito felizes*” com a notícia da gravidez apresentaram valores de *Vinculação prenatal* (MAES) significativamente mais elevados que as outras grávidas, [F (1, 171) = 9,143, p = 0.003]. As restantes dimensões relativas à relação mãe-bebé (MFAS) não parecem, no entanto, ser sensíveis a esta variável (Reacção Feliz à Gravidez).

Avaliando ainda o *desejo da gravidez*, a partir da Reacção à Gravidez, as grávidas que referem ter encarado com “*preocupação*” a notícia da gravidez, evidenciam sistematicamente valores mais baixos em todas as dimensões de avaliação da relação

⁴⁴ Não se verificaram diferenças entre as grávidas que estavam grávidas pela segunda vez e aquelas que já tinham mais do que um filho, pelo que se agruparam estas participantes num grupo mais alargado constituído por todas as “multíparas”.

mãe-bebé do que as grávidas que não sentiram qualquer “preocupação”/apreensão perante a notícia da gravidez. Assim, estas diferenças são significativas no factor *Envolvimento emocional com o bebé* [$F(1, 108) = 4,004, p = 0,048$], no factor *Construção da identidade materna* [$F(1, 108) = 6,017, p = 0,016$] e no factor *Vinculação prenatal* [$F(1, 105) = 6,848, p = 0,010$]. Estes dados podem ser consultados no Quadro 18.

Importa referir que a correlação entre as variáveis “gravidez planeada” e “gravidez desejada” (quer em relação à reacção “feliz” quer à reacção “preocupada” à notícia da gravidez), ainda que muito significativa, positiva e moderada ($r = 0.413$ e $r = 0.434$, respectivamente, $p < 0.001$) sugere que não há redundância ou sobreposição entre estas duas dimensões psicológicas, confirmando a pertinência da avaliação conjunta e complementar destas variáveis valorizadas no presente estudo para a melhor compreensão do processo de construção da relação mãe-bebé.

Quadro 18. Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Gravidez Planeada e Gravidez Desejada

Relação Mãe-Bebé e o Desejo da Gravidez	MFAS						MAES	
	Envolvimento emocional com o bebé			Construção da Identidade Materna		Vinculação prenatal		
	N	M	DP	M	DP	M	DP	
Gravidez Planeada:								
▪ Sim	109	3,45	,083	4,52	,049	a 4,43	,041	
▪ Mais ou Menos	42	3,47	,132	4,59	,078	4,36	,066	
▪ Não	34	3,50	,150	4,44	,088	b 4,21	,075	
	gl	(2,182)		(2,182)		(2,181)		
	F	,011		,885		7,023		
	p	ns		ns		,001		
Reacção à Gravidez: Feliz								
▪ Muito Feliz	122	3,56	,073	4,56	,044	4,43	,037	
▪ Bastante, Nada ou Pouco Feliz	40	3,33	,128	4,48	,076	4,27	,064	
	gl	(1,172)		(1,172)		(1,171)		
	F	1,939		,504		9,143		
	p	ns		ns		0,003		
Reacção à Gravidez: Preocupada								
▪ Preocupada	78	3,41	,098	4,37	,063	4,29	,056	
▪ Nada Preocupada	32	3,72	,152	4,63	,097	4,54	,087	
	gl	(1,108)		(1,108)		(1,105)		
	F	4,004		6,017		6,848		
	p	,048		,016		,010		

Atentando nas diferenças quanto à **difficuldade de engravidar** (Quadro 19), e tal como esperado (H4), foram encontrados valores significativamente mais elevados nas grávidas que sentiram dificuldade em engravidar, tanto no factor *Construção da identidade materna* [$F(1, 170) = 7.895; p = 0.006$], como também no factor

Envolvimento emocional com o bebé [$F(1, 170) = 4.382; p = 0.038$], comparando a relação com o bebé daquele subgrupo em relação às participantes que não sentiram dificuldade em engravidar. Estas diferenças mantiveram-se estatisticamente significativas (e até reforçadas) depois de se ter controlado o efeito da variável “gravidez planeada” e “gravidez desejada” (reação feliz e reação preocupada à notícia da gravidez) sobre estas subescalas. Assim, depois de controlado o efeito da “gravidez planeada” e da “gravidez desejada” (reação feliz e reação preocupada à notícia da gravidez) como covariante, manteve-se o efeito da dificuldade em engravidar sobre a relação mãe-bebé, quer em termos do *Envolvimento emocional com o bebé* [$F(1, 89) = 5,769, p = ,018$], quer da *Construção da identidade materna* [$F(1, 89) = 8,129, p = ,005$]. Estas diferenças não atingem, no entanto, significado estatístico no factor *Vinculação prenatal*.

Quadro 19. Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Dificuldade em engravidar

	N	MFAS				MAES	
		<i>Envolvimento emocional com o bebé</i>		<i>Construção da Identidade Materna</i>		<i>Vinculação prenatal</i>	
		M	DP	M	DP	M	DP
Dificuldade em Engravidar:							
▪ Sem dificuldade	143	a 3,38	,071	a 4,47	,042	4,35	,036
▪ Com dificuldade	41	b 3,70	,133	b 4,72	,078	4,45	,068
	gl	(1, 170)		(1, 170)		(1, 170)	
	F	4,382		7,895		1,745	
	p	,038*		,006*		ns	

* foram também incluídas em covariante as variáveis “gravidez planeada” e “gravidez desejada” (reação “feliz” e reação “preocupada” à notícia da gravidez), mantendo-se o efeito da dificuldade em engravidar sobre a relação mãe-bebé, quer em termos do *Envolvimento emocional com o bebé* ($F(1, 89) = 5,769, p = ,018$), quer da *Construção da identidade materna* ($F(1, 89) = 8,129, p = ,005$).

Constatou-se um efeito da **percepção de gravidez de risco** na relação mãe-bebé (H5), nomeadamente na *Construção da identidade materna* [$F(2, 166) = 3,080, p = 0.049$]. No entanto, na comparação *post-hoc* não foi possível identificar os pares de grupos entre os quais essas diferenças de média eram significativas. De qualquer modo, analisando as médias de cada um dos grupos avaliados (Quadro 20), observamos que os valores de relação mãe-bebé parecem diminuir perante uma percepção de risco elevado associado à gravidez; o reduzido número deste grupo ($n=7$) poderá no entanto justificar que este efeito não tenha emergido. Por outro lado, e paradoxalmente, os valores da relação mãe-bebé parecem aumentar perante uma percepção de risco moderado, sendo as grávidas com percepção de

“algum” risco associado à gravidez ou ao bebé as que apresentam as médias mais elevadas em qualquer das dimensões da relação mãe-bebé avaliadas.

De facto, na comparação pelo teste t-Student, encontrámos diferenças significativas entre as grávidas sem percepção de risco e as grávidas com percepção de “algum” risco em relação à *Construção da identidade materna* [$t(170) = -4,747, p < 0.001$] e também entre as grávidas com percepção de “algum” risco e as grávidas com percepção de risco “elevado” [$t(20) = 2,422, p = 0.038$]. Foram ainda encontradas diferenças entre as grávidas com percepção de risco “elevado” associado à gravidez e as grávidas sem percepção de risco, quanto ao valores obtidos neste factor [$t(164) = 2,422, p = 0.038$].

Não foram encontradas diferenças entre as grávidas com percepção de risco associado à gravidez (elevado ou moderado) e as grávidas sem percepção de risco, quanto ao valores obtidos no *Envolvimento emocional com o bebé* e na *Vinculação prenatal*.

Quadro 20. Relação Mãe-Bebé e Variáveis Gravídicas: Gravidez de Risco

Relação Mãe-Bebé e a Gravidez de Risco	Envolvimento emocional com o bebé			Construção da identidade materna		Vinculação prenatal	
	N	M	DP	M	DP	M	DP
Gravidez de Risco:							
▪ Sem risco	149	3,43	,818	a 4,49	,040	4,37	,421
▪ Com algum risco	13	3,76	,905	b 4,83	,134	4,42	,391
▪ Com risco elevado	7	3,17	,863	c 4,32	,183	4,09	,457
	gl	(2, 166)		(2, 166)		(2, 166)	
	F	1,347		3,080		1,620	
	p	ns		,049		ns	

Diferenças quanto à experiência de **amniocentese**: Uma variável associada à percepção de risco é a *amniocentese*, cuja influência sobre a relação mãe-bebé constituía uma hipótese complementar daquela (H5). No entanto, esta variável não apresentou na nossa amostra qualquer efeito significativo sobre as dimensões em análise. Esta ausência de efeito também poderá ser atribuído ao reduzido número de grávidas que, na nossa amostra, referiram ter passado por essa experiência (n=7).

6.1.2. Efeito das variáveis sociodemográficas e gravídicas na vivência do corpo

Para analisar o efeito das mesmas variáveis independentes na vivência do corpo, recorreu-se de novo a análises de variância multivariadas (MANOVAs) utilizando-se os procedimentos de múltipla comparação (*post-hocs*) pelo teste de *Scheffé*. As médias e os desvios padrões nos factores *Vivência positiva do corpo* do BIS e no factor *Vivência do corpo grávido* do QAG são apresentados para os diferentes grupos de grávidas, sempre que os grupos apresentem diferenças significativas, quer quanto às variáveis sociodemográficas envolvidas na Hipótese 6 (Quadro 21), quer quanto às variáveis gravídicas (Quadro 22). A *Vivência negativa do corpo* não evidenciou qualquer capacidade discriminante, evidenciando apenas uma associação muito limitada com as variáveis em estudo pelo que optou-se por excluí-la da análise dos resultados para facilitar a sua leitura.

Diferenças quanto à idade: Encontrou-se uma diferença significativa na *Vivência do corpo grávido* quanto à idade [$F(3, 188) = 3,254, p = 0.023$], apresentando valores mais elevados as grávidas mais novas (entre 20 e 24 anos) do que as mais velhas (mais de 35 anos). No entanto, este efeito da idade não se reflectiu em diferenças significativas na *Vivência positiva do corpo*.

Diferenças quanto ao estado civil: Não foram encontradas diferenças em qualquer das subescalas de avaliação da vivência do corpo entre as grávidas casadas e as solteiras.

Diferenças quanto à escolaridade: Foram encontradas diferenças significativas na *Vivência positiva do corpo* entre grávidas com diferentes níveis de escolaridade, [$F(2, 187) = 3,528, p = 0.031$], designadamente entre as grávidas com menor escolaridade (1º ciclo) e as grávidas com uma escolaridade média (que na nossa amostra corresponde apenas ao 2º / 3º ciclo), que apresentaram médias mais elevadas naquela dimensão. Não se verificou qualquer efeito desta variável na *Vivência do corpo grávido*.

Diferenças quanto à situação profissional: Não se encontraram diferenças na vivência do corpo quanto à situação profissional das grávidas em qualquer das dimensões corporais avaliadas.

Diferenças quanto ao apoio social: Foram encontradas diferenças significativas no Factor *Vivência positiva do corpo* quanto ao nível de apoio social referido pelas grávidas [$F(2, 176) = 6,368$; $p = 0.002$]. Estas diferenças indicaram, tal como esperado (H_6), valores mais elevados de *Vivência positiva do corpo* nas grávidas que referiram níveis mais elevados de apoio social do que nas grávidas que referiram pouco apoio social e do que nas grávidas que referiram níveis intermédios de apoio social. Não se observaram diferenças significativas quanto ao apoio social na *Vivência do corpo grávido*.

Diferenças quanto à história de depressão: Foram encontradas também diferenças na *Vivência positiva do corpo* quanto à referência a história de depressão [$F(2, 185) = 3,123$, $p = 0.046$]. Esta diferença não emergiu nos *post hocs*, tendo sido testada a partir do teste t-Student que evidenciou uma diferença significativa na *Vivência positiva do corpo* [$t(181) = 2,469$, $p = 0,014$] entre as grávidas que nunca tiveram história clínica de depressão e as grávidas que referiram história passada de depressão (há mais de um ano), que apresentaram as médias mais baixas neste factor. Não foi detectada qualquer diferença na Vivência Corporal das grávidas com depressão actual ou recente, possivelmente devido ao reduzido número de grávidas deste subgrupo ($n=5$). Mas agrupando-se estes dois subgrupos, num único grupo que referiu história de depressão (independentemente de ser passada, recente ou actual), o efeito da variável história de depressão emerge de forma mais significativa [$F(1, 186) = 5,487$, $p = 0.020$], reflectindo de forma mais expressiva o efeito pernicioso desta variável no funcionamento psicossocial da grávida, tal como esperado (H_6). No entanto, o seu efeito não se fez reflectir na *Vivência do corpo grávido*.

Todos estes dados relativos ao efeito da idade, da escolaridade, do apoio social e da história de depressão nas dimensões corporais, relativos à Hipótese 6, podem ser consultados no Quadro 21.

Quadro 21. Relação com o Corpo e Variáveis Sociodemográficas

		Vivência positiva do corpo			Vivência do corpo grávido	
		N	M	DP	M	DP
Idade:						
▪ 20-24		56	3,71	,084	a 3,61	,109
▪ 25-29		76	3,83	,072	3,42	,093
▪ 30-34		41	3,84	,098	3,29	,127
▪ + 35		16	3,90	,156	b 2,93	,204
		gl	(3, 188)		(3, 188)	
		F	,626		3,254	
		p	ns		,023	
Escolaridade:						
▪ baixa (1º ciclo)		12	a 3,40	,8580	3,43	,9357
▪ média (2º e 3º ciclo)		108	b 3,78	,5916	3,45	,8607
▪ secundário e superior		68	3,90	,5991	3,42	,8441
		gl	(2, 187)		(2, 290)	
		F	3,528		,040	
		p	,031		ns	
Apoio Social:						
▪ Pouco ou Nenhum		35	a 3,46	,103	3,23	,139
▪ Bastante		47	b 3,89	,089	3,29	,120
▪ Muito		95	b 3,86	,062	3,53	,085
		gl	(2, 176)		(2, 276)	
		F	6,508		2,400	
		p	0.002		ns	
História de Depressão						
▪ Nunca		161	a 3,84	,048	3,45	,065
▪ depressão há mais de 1 ano		20	* b 3,48	,137	3,27	,185
▪ depressão há menos de 1 ano		5	3,75	,274	2,73	,371
		gl	(2, 185)		(2, 286)	
		F	3,123		1,620	
		p	,046		ns	

* Esta diferença não emergiu nos *post hocs*, tendo sido testada a partir do teste t-Student, que evidenciou uma diferença significativa na *Vivência positiva do corpo* [$t(181) = 2,469$, $p = ,014$] entre as grávidas que nunca tiveram história clínica de depressão e as grávidas que referiram história passada de depressão (há mais de um ano).

Diferenças quanto à paridade: Foram encontradas diferenças significativas no Factor *Vivência positiva do corpo* quanto à paridade (Quadro 22), indicando valores mais elevados nas grávidas primíparas do que nas múltiparas [$F(1, 185) = 6,188$; $p = 0.014$]. Também em relação à *Vivência do corpo grávido*, as grávidas primíparas apresentam valores significativamente mais elevados do que as outras grávidas [$F(1, 184) = 9,593$, $p = 0.002$]. Uma vez que esta dimensão tinha evidenciado um efeito da idade na análise anterior, e tendo em conta que o número de filhos poderia estar associado à idade, testou-se ainda o efeito da paridade sobre a *Vivência do corpo grávido* controlando-se a idade como covariante, mas o efeito da paridade manteve-se significativo [$F(2, 184) = 3,292$, $p = 0,039$], confirmando que, independentemente da idade, é a própria

experiência prévia de gravidez que parece influenciar a vivência do corpo, de acordo com a Hipótese 7.

Quadro 22. Relação com o Corpo e Variáveis Gravídicas: Paridade

Relação com o Corpo e Variáveis Gravídicas	Vivência positiva do corpo			Vivência do corpo grávido	
	N	M	DP	M	DP
Paridade:					
Primípara	120	a 3,88	,056	a 3,54	,074
Multipara	65	b 3,64	,076	b 3,15	,101
	gl	(1, 185) 6,188		(1, 184)	
	F	,014		9,593	
	P			,002*	

* Testou-se ainda o efeito da paridade sobre a Vivência do corpo grávido controlando-se a idade (em covariante), mas o efeito da paridade manteve-se significativo ($F(2, 184) = 3,292, p = ,039$).

Diferenças quanto à gravidez planeada: Comparando as grávidas que referem ter planeado esta gravidez com as outras grávidas (H8, Quadro 23), encontramos diferenças significativas relativas à Vivência do corpo grávido [$F(2, 184) = 6,453, p = 0.002$], em que as grávidas que não planearam a sua gravidez apresentam valores mais baixos do que as participantes que referem ter planeado a sua gravidez e do que as participantes que referem ter planeado “mais ou menos”, não tendo sido encontradas diferenças entre estes dois últimos grupos de grávidas. No entanto, não foram encontradas diferenças na Vivência positiva do corpo quanto ao planeamento da gravidez.

Diferenças quanto à gravidez desejada: Relativamente à Hipótese 8, e avaliando-se o desejo da gravidez a partir da Reacção Inicial à Gravidez, quanto mais “feliz” com a notícia da gravidez, mais positiva a Vivência do corpo grávido, [$F(1, 173) = 11,050, p = 0.001$], mas não a Vivência positiva do corpo. Foi interessante notar que aquele efeito se manteve depois de controlada a variável planeamento da gravidez como covariante, [$F(1, 172) = 6,322, p = 0.013$].

No entanto, avaliando ainda a Reacção à Gravidez, as grávidas que referem ter encarado com “preocupação” a notícia da gravidez, continuam a evidenciar valores mais baixos de Vivência do corpo grávido, [$F(1, 105) = 6,066, p = 0.015$], mas também de Vivência positiva do corpo [$F(1, 105) = 4,934, p = 0.029$] do que as grávidas que não referem qualquer preocupação perante a notícia da gravidez.

Quadro 23. Relação com o Corpo e Variáveis Gravídicas: Gravidez Planeada e Gravidez Desejada

		Vivência positiva do corpo		Vivência do corpo grávido	
		N	M	DP	
Gravidez Planeada:					
▪ Sim		109	3,86	,059	a 3,52 ,078
▪ Mais ou Menos		39	3,79	,099	a 3,50 ,130
▪ Não		37	3,63	,101	b 2,98 ,133
		gl	(2, 184)		(2, 184)
		F	1,936		6,453
		p	ns		,002
Reacção à Gravidez: Feliz					
▪ Muito Feliz		132	3,85	,053	3,56 ,069
▪ Bastante, Nada ou Pouco Feliz		42	3,67	,094	3,09 ,122
		gl	(1, 173)		(1, 173)
		F	2,767		11,050
		p	ns		0.001*
Reacção à Gravidez: Preocupada					
▪ Preocupada		76	a 3,62	,072	a 3,23 ,103
▪ Não Preocupada		30	b 3,92	,115	b 3,71 ,165
		gl	(1, 105)		(1, 105)
		F	4,934		6,066
		p	,029		,015

*Este feito mantém-se depois de controlada a variável gravidez planeada em covariante [F (1, 172) = 6,322, p = ,013].

Dificuldade de engravidar: Não foram encontradas diferenças em qualquer das subescalas de avaliação da relação com o corpo nas grávidas que sentiram dificuldade em engravidar por comparação com as grávidas que não sentiram essa dificuldade, contrariando a Hipótese 9.

Percepção de risco gravídico: Também não se verificaram diferenças na relação com o corpo entre as grávidas em situação de gravidez de risco e as restantes grávidas, nem em relação à realização de amniocentese, relativamente à Hipótese 11, mas o reduzido número de grávidas nestas condições (n=20 e n=9, respectivamente) poderá dificultar a emergência de efeitos significativos.

Síntese de Resultados: Efeito das variáveis sociodemográficas e gravídicas na Relação Mãe-Bebé e na Vivência do Corpo

Ao contrário do esperado, as **variáveis sociodemográficas** não parecem exercer qualquer efeito sobre as dimensões da Relação Mãe-Bebé, tendo-se encontrado apenas uma diferença na *Construção da identidade materna* que parece ser menor quando há referência a história de *depressão actual ou recente* (há menos de um ano). Também a *Vivência do corpo grávido* não se revelou sensível a este conjunto de variáveis, observando-se, apenas, um efeito da *idade* sobre os seus valores médios, indicando que as grávidas mais novas (20-24 anos) têm valores mais elevados de *Vivência do corpo grávido* do que as grávidas com mais de 34 anos. No entanto, a *Vivência positiva do corpo* parece variar com a *escolaridade*, a percepção de *apoio social* e a história de *depressão*, apresentando valores mais baixos as grávidas com circunstâncias mais desfavoráveis em termos de uma baixa escolaridade, de menor apoio social e de referirem história de depressão.

Em relação às **variáveis gravídicas**, observou-se uma influência sistemática da *paridade* e do *desejo de gravidez* (avaliado a partir da “reação preocupada à notícia da gravidez”) quer, nas dimensões da relação mãe-bebé quer, nas dimensões corporais, apresentando valores mais elevados as grávidas primíparas e as grávidas que reagiram sem *preocupação* à gravidez.

Em termos das dimensões da relação mãe-bebé, a *Construção da identidade materna* foi ainda sensível à *difficuldade em engravidar* (tal como o *Envolvimento emocional com o bebé*) e à *gravidez de risco*, independentemente do *planeamento* ou *desejo da gravidez*, e a *Vinculação prenatal* variou também em função do *planeamento da gravidez*. Assim, observaram-se valores mais elevados em determinadas dimensões da relação mãe-bebé nas grávidas que tinham planeado esta gravidez (na *Vinculação prenatal*), nas grávidas com dificuldade em engravidar (na *Construção da identidade materna* e no *Envolvimento emocional com o bebé*) e nas grávidas com risco gravídico moderado (na *Construção da identidade materna*).

Nas dimensões corporais, verificou-se que a *Vivência do corpo grávido* se distingue ainda quanto às variáveis relativas ao *planeamento* e ao *desejo da gravidez* (a partir da

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

“*reação feliz à gravidez*”), apresentando valores mais elevados entre as grávidas que planearam e as que reagiram positivamente à gravidez.

6.2. AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS

(Objectivo 2)

A análise dos resultados prosseguiu com um estudo correlacional em que, para além da descrição das variáveis em causa, se procurou estabelecer relações entre as variáveis, possibilitando a identificação quer da direcção quer da intensidade da associação (Pallant, 2001), utilizando-se o coeficiente de correlação momento-produto de *Pearson* (r de *Person*) em análises bivariadas, a partir das quais são assinaladas as correlações significativas (a 0.05 e a 0.001) e destacadas as correlações superiores a .30⁴⁵.

6.2.1. As variáveis psicossociais e a relação mãe-bebé

Para explorar a associação da Relação Mãe-Bebé com as variáveis psicossociais privilegiadas no presente estudo, foram considerados os valores obtidos nos questionários de avaliação da adaptação à gravidez (MAMA e QAG), da satisfação conjugal (EASAC) e da vinculação aos pais (QVPM). Em alguns casos, foram comparadas as avaliações obtidas em dimensões de diferentes questionários, na medida em que proporcionam abordagens diferentes mas complementares dessas dimensões, nomeadamente a avaliação da relação conjugal (em que o EASAC foi complementado pela dimensão *Relação conjugal na gravidez* do MAMA) e a avaliação da vinculação aos pais (em que o QVM foi comparado com a dimensão *Relação com a própria mãe na gravidez* do QAG).

A Relação Mãe-Bebé e a Vivência da Gravidez

Analisando a associação entre a Vivência da Gravidez e a Relação Mãe-Bebé (Quadro 24), podemos constatar que, de um modo geral, esta associação é muito significativa, mas não é forte (H12).

Destaca-se na sua associação à relação mãe-bebé, a *Vivência do corpo grávido*, que apresenta correlações muito significativas, positivas e moderadas com todas as suas

⁴⁵ Adoptaremos o critério de Cohen (1988, cit por Pallant, 2001) que propõe que uma correlação inferior ou igual a .29 será fraca, entre .30 e .49 será moderada, e superior ou igual a .50 será forte.

dimensões, designadamente o *Envolvimento emocional com o bebé*, ($r = 0.444$, $p < 0.001$), a *Construção da identidade materna*, ($r = 0.406$, $p < 0.001$), e a *Vinculação prenatal* ($r = 0.437$, $p < 0.001$). De referir, ainda, a correlação da *Atitude positiva face à gravidez* (mas não tanto da *Atitude Negativa*) e da *Relação com a própria mãe na gravidez*, com as diferentes dimensões da relação mãe-bebé, designadamente o *Envolvimento emocional com o bebé* ($r = 0.290$ e $r = 0.267$, $p < 0.001$), a *Construção da identidade materna*, ($r = 0.352$ e $r = 0.238$, $p < 0.001$), e a *Vinculação prenatal*, ($r = 0.456$ e $r = 0.295$, $p < 0.001$), respectivamente. Portanto, estas três dimensões da adaptação à gravidez (*Vivência do corpo grávido*, *Atitude positiva face à gravidez* e *Relação com a própria mãe na gravidez*) aparecem sistematicamente associadas à relação mãe-bebé em todas as dimensões contempladas.

Quadro 24. Correlação entre a Relação Mãe-Bebé e a Adaptação à Gravidez

Vivência da Gravidez	Relação Mãe-Bebé		
	Envolvimento	Construção da	Vinculação
	emocional com o	identidade	prenatal
	bebé	materna	
	r	r	r
MAMA			
1. Atitude positiva face à gravidez	,290 **	,352 **	,456 **
2. Relação conjugal na gravidez	,010	,109	,124
3. Vivência positiva da sexualidade	,069	,072	,243 **
4. Atitude negativa face à gravidez	-,268 **	-,173 *	,065
QAG			
5. Vivência do corpo grávido	,441 **	,406 **	,437 **
6. Relação com a mãe na gravidez	,267 **	,236 **	,295 **
7. Mudança Pessoal na Gravidez	-,302 **	-,199	-,095

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

As restantes dimensões da adaptação à gravidez parecem estar associadas diferencialmente com cada uma das dimensões da relação mãe-bebé.

Assim, o *Envolvimento emocional com o bebé* e a *Construção da identidade materna*, além de se correlacionarem de forma muito significativa e positiva com a *Vivência do corpo grávido*, com a *Atitude positiva face à gravidez* e com a *Relação com a própria mãe na gravidez*, como acabámos de ver, correlacionam-se também de forma muito

significativa mas negativa com as *Atitude negativa face à gravidez e à maternidade* ($r = -.268$ e $r = -.173$, $p < 0.001$) e com a *Percepção de mudança pessoal* ($r = -.302$ e $r = -.199$, $p < 0.001$). Nenhuma destas duas dimensões do MFAS se correlacionam, no entanto, quer com a *Relação conjugal na gravidez*, quer com as *Vivência positiva da sexualidade*, avaliadas pelo MAMA.

A *Vinculação prenatal* apresenta (igualmente) correlações muito significativas e positivas com a *Vivência do corpo grávido*, a *Atitude positiva face à gravidez* e a *Relação com a própria mãe na gravidez*, como vimos, mas, ao contrário das dimensões anteriores da Relação Mãe-Bebé, a *Vinculação prenatal* não se correlaciona com a *Percepção de mudança pessoal* ou as *Atitude negativa face à gravidez e à maternidade* e à Maternidade, apresentando no entanto, uma correlação positiva e significativa com as *Vivência positiva da sexualidade* ($r = 0.243$, $p < 0.001$) que as outras dimensões não evidenciaram.

De qualquer modo, a magnitude das correlações entre as dimensões da relação mãe-bebé e da adaptação à gravidez indica que ambos os factores estão relacionados mas não sobrepostos, reforçando a complementaridade da sua avaliação (Quadro 24).

A Relação Mãe-Bebé e a Relação conjugal na gravidez

Explorando a associação das dimensões da relação mãe-bebé com as dimensões conjugais (H13, Quadro 25), começamos por observar que a *Relação conjugal na gravidez* tal como foi avaliada pelo MAMA não parece estar associada à relação mãe-bebé, tal como o factor relativo à *Vivência positiva da sexualidade* que apenas se relaciona de forma muito significativa mas fraca com a *Vinculação prenatal* ($r = .243$, $p < 0.001$).

No entanto, se atentarmos aos valores da Satisfação Conjugal obtidos através do EASAC, recolhemos correlações com significado estatístico entre todas as dimensões da satisfação conjugal e da relação mãe-bebé, e especialmente da dimensão *Satisfação com o amor conjugal* com o *Envolvimento emocional com o bebé* ($r = .240$, $p < 0.001$), com a *Construção da identidade materna* ($r = .294$, $p < 0.001$) e com a *Vinculação prenatal* ($r = .366$, $p < 0.001$), mas também da dimensão relativa ao

Funcionamento Conjugal com o *Envolvimento emocional com o bebé* ($r = .158, p < 0.05$), com a *Construção da identidade materna* ($r = .249, p < 0.001$) e com a *Vinculação prenatal* ($r = .339, p < 0.001$). Assim, constata-se que a satisfação conjugal, ao contrário das dimensões do MAMA, está associada à relação mãe-bebé, e em especial à *Vinculação prenatal*, ainda que estas correlações não sejam fortes.

Quadro 25. A Relação Mãe-Bebé e a *Relação conjugal na gravidez*

Vivência da Gravidez	Relação Mãe-Bebé		
	Envolvimento emocional com o bebé	Construção da identidade materna	Vinculação prenatal
	r	r	r
MAMA			
1. <i>Relação conjugal na gravidez</i>	,010	,109	,124
2. <i>Vivência positiva da sexualidade</i>	,069	,072	,243 **
EASAC			
3. Amor conjugal	,240 **	,294 **	,366 **
4. Funcionamento Conjugal	,158 *	,249 **	,339 **

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

A Relação Mãe-Bebé e a Relação com os Pais

Na exploração da associação das dimensões da relação mãe-bebé com a relação com os pais (H14), foram tidas em conta a avaliação da *Relação com a própria mãe na gravidez* pelo QAG, e a avaliação da Vinculação ao Pai e à Mãe pelo QVPM numa leitura dimensional de acordo com a vinculação a cada figura parental, como pode ser consultado no Quadro 26.

Quadro 26. A Relação Mãe-Bebé e a Vinculação à Mãe e ao Pai

Vivência da Gravidez	Relação Mãe-Bebé					
	Envolvimento		Construção		Vinculação	
	emocional com o		da identidade		prenatal	
	bebé		materna			
	r		r		r	
Vinculação à Mãe						
Qualidade do laço emocional	,212	**	,215	**	,243	**
Inibição da exploração e da individualidade	,104		-,201	*	-,141	
Ansiedade de separação e dependência	,183	*	,022		,131	
Vinculação ao Pai						
Qualidade do laço emocional	,227	**	,265	**	,228	**
Inibição da exploração e da individualidade	,076		-,225	**	-,193	*
Ansiedade de separação e dependência	,194	*	,093		,092	
QAG						
6. Relação com a própria mãe na gravidez	,267	**	,236	**	,295	**

* p < 0.05; ** p < 0.001.

A Relação Mãe-Bebé e a Relação com a própria Mãe: A análise das correlações evidenciou uma correlação positiva (ainda que fraca) entre a *Relação com a própria mãe na gravidez* e ambas as tarefas psicológicas da gravidez avaliadas pelo MFAS, mas não especificamente com a *Construção da identidade materna*. Assim, a correlação da *Relação com a própria mãe na gravidez* é de $r = 0.267$ com o factor *Envolvimento emocional com o bebé* e de $r = 0.238$ com o factor *Construção da identidade materna*, reflectindo, ainda assim, de forma muito significativa, a ligação entre a relação com a própria mãe e a construção da relação com o bebé na gravidez. Também a correlação com a Vinculação Prenatal reflecte a associação da relação mãe-bebé na gravidez com esta variável, $r = 0.295$, $p < 0.001$.

A Relação Mãe-Bebé e a Vinculação aos Pais: A análise das correlações entre a relação mãe-bebé e as dimensões da vinculação aos pais evidencia algumas correlações muito significativas mas fracas, destacando-se a correlação sistemática da dimensão da *Qualidade do laço emocional* quer ao Pai quer à Mãe e todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé, designadamente o *Envolvimento emocional com o bebé* ($r = 0.212$ e $r = 0.227$, $p < 0.001$), a *Construção da identidade materna* ($r = 0.215$

e $r = 0.265$, $p < 0.001$) e a *Vinculação prenatal* ($r = 0.243$ e $r = 0.228$, $p < 0.001$, respectivamente para a Vinculação à Mãe e ao Pai). Foi ainda possível observar uma correlação negativa da *Construção da identidade materna* com a *Inibição da exploração e da individualidade*, tanto em termos da Vinculação à Mãe ($r = -0.201$, $p < 0.05$) como da Vinculação ao Pai ($r = -0.225$, $p < 0.001$). Esta última dimensão da Vinculação ao Pai apresentou ainda uma correlação negativa, pouco significativa e fraca com a *Vinculação prenatal* ($r = -0.193$, $p < 0.05$). O *Envolvimento emocional com o bebé* apresenta também associações fracas e pouco significativas com a *Ansiedade de separação e dependência*, quer em termos da Vinculação à Mãe ($r = 0.183$, $p < 0.05$) como da Vinculação ao Pai ($r = 0.194$, $p < 0.05$).

6.2.2. As variáveis psicossociais e a vivência do corpo

Para explorar a associação da Vivência do Corpo com as mesmas variáveis psicossociais, foram de novo considerados os valores obtidos pelas grávidas com idade superior ou igual a 20 anos nos questionários de avaliação da adaptação à gravidez (MAMA e QAG), da satisfação conjugal (EASAC) e da vinculação aos pais (QVPM). Mais uma vez, foram comparadas as avaliações obtidas em dimensões complementares dos diferentes questionários, nomeadamente a avaliação da relação conjugal (em que o EASAC foi complementado pela dimensão *Relação conjugal na gravidez* do MAMA) e a avaliação da vinculação aos pais (em que o QVM foi comparado com a dimensão *Relação com a própria mãe na gravidez* do QAG).

A Vivência do Corpo e a Vivência da Gravidez

As dimensões da Vivência da Gravidez apresentam-se, de um modo geral, ainda que de magnitude diferente, relacionadas com a *Vivência positiva do corpo* (H16), destacando-se a correlação com a *Atitude positiva face à gravidez* ($r = 0.558$, $p < 0.001$). A *Vivência positiva do corpo* apresenta ainda correlações significativas moderadas com a *Vivência da sexualidade* ($r = 0.443$, $p < 0.001$) e com a *Relação com a própria mãe na gravidez* ($r = 3.17$, $p < 0.001$), sendo também significativa, mas mais

fraca, a sua correlação com a *Relação conjugal na gravidez* avaliada pelo MAMA ($r = .263, p < 0.001$).

Quadro 27: Correlação entre a Vivência do Corpo e a Vivência da Gravidez

Vivência da Gravidez	Vivência positiva do corpo	Vivência do corpo grávido
	r	r
MAMA		
1. Atitude positiva face à gravidez	,558 **	,563 **
2. Relação conjugal na gravidez	,263 **	,061
3. Vivência positiva da sexualidade	,443 **	,298 **
4. Atitude negativa face à gravidez	,126	,071
QAG		
5. Vivência do corpo grávido	,381 **	1
6. Relação com a própria mãe na gravidez	,317 **	,235 **
7. Mudança Pessoal na Gravidez	,077	-,129 *

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

As dimensões da Vivência da Gravidez apresentam também correlações muito significativas com a *Vivência do corpo grávido*, em que se destaca mais uma vez a correlação com a *Atitude positiva face à gravidez* ($r = 0.563, p < 0.001$), o que permite confirmar a centralidade da vivência do corpo na adaptação à gravidez que se tinha colocado como uma das principais hipóteses deste trabalho (H16). Esta dimensão corporal apresenta ainda correlações significativas, mas mais fracas, com a *Vivência positiva da sexualidade* ($r = 0.298, p < 0.001$) e a *Relação com a própria mãe na gravidez* ($r = 0.235, p < 0.001$). Esta dimensão não se associou, no entanto, nem com a *Relação conjugal na gravidez* (MAMA), nem com as *Atitude negativa face à gravidez e à maternidade* e à Maternidade, apresentando, apenas, uma correlação negativa pouco significativa com a *Percepção de mudança pessoal* ($r = - 0.129, p < 0.05$). Estes dados podem ser consultados no Quadro 27.

A Vivência do Corpo e Relação conjugal na gravidez

A *Vivência positiva do corpo* apresenta-se correlacionada com todas as dimensões conjugais consideradas (H17), designadamente, a *Satisfação com o funcionamento*

conjugal, $r = 0.499$, $p < 0.001$, a *Satisfação com o amor conjugal*, $r = 0.435$, $p < 0.001$, a *Vivência positiva da sexualidade*, $r = 0.443$, $p < 0.001$, e o *Relacionamento Conjugal*, $r = 0.263$, $p < 0.001$. A *Vivência do corpo grávido* apresenta correlações mais modestas, mas ainda assim muito significativas, com a *Vivência positiva da sexualidade*, $r = 0.298$, $p < 0.001$, a *Satisfação com o amor conjugal*, $r = 0.239$, $p < 0.001$, e também a *Satisfação com o funcionamento conjugal*, $r = 0.225$, $p < 0.001$, mas não com a avaliação pelo MAMA da *Relação conjugal na gravidez* (Quadro 28).

Quadro 28. Correlação da Vivência do Corpo com a *Relação conjugal na gravidez*

Vivência da Gravidez	Vivência positiva		Vivência do corpo	
	do corpo		grávido	
	r		r	
MAMA				
1 <i>Relação conjugal na gravidez</i>	,263	**	,061	
2. <i>Vivência positiva da sexualidade</i>	,443	**	,298	**
EASAC				
3. <i>Satisfação com o amor conjugal</i>	,435	**	,239	**
4. <i>Satisfação com o funcionamento conjugal</i>	,499	**	,225	**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

A Vivência do Corpo e Relação com os Pais

Relativamente à associação entre as dimensões corporais e a relação com os pais, observou-se que a correlação da *Vivência positiva do corpo* com a *Qualidade do laço emocional* é mais forte quando nos reportamos à relação paterna do que quando nos reportamos à relação materna da grávida, tal como esperado (H19). Esta associação entre a vinculação e a vivência corporal é mais expressiva quando relacionamos a *Vivência positiva do corpo* e a *Qualidade do laço emocional* ao Pai ($r = 0.424$, $p < 0.001$), mas é também significativa quando relacionamos esta dimensão corporal com a *Qualidade do laço emocional* à mãe ($r = 0.379$, $p < 0.001$). De modo semelhante, a dimensão *Vivência positiva do corpo* também surge associada à dimensão *Relação com a mãe na gravidez*, de acordo com a avaliação recolhida pelo QAG ($r = 0.317$, $p < 0.001$), ainda que apresentando uma magnitude inferior às anteriores (Quadro 29). A associação da *Vivência positiva do corpo* não aparece quando atentamos na *Inibição*

da exploração e da individualidade ao Pai e na Ansiedade de separação e dependência à Mãe ou ao Pai.

De notar, no entanto, que, a *Vivência do corpo grávido* não está relacionada com a maior parte das dimensões da vinculação aos pais (H18), apresentando apenas uma correlação pouco significativa e fraca com a *Qualidade do laço emocional* à Mãe ($r = 0.171$, $p < 0.05$). Esta dimensão corporal apresenta, todavia, uma correlação significativa com a avaliação da Relação com a Própria Mãe na Gravidez a partir do QAG ($r = 0.235$, $p < 0.001$), sugerindo uma certa especificidade da avaliação deste contexto relacional na gravidez.

Quadro 29. Correlação da Vivência do Corpo com a Relação com os Pais

Vivência da Gravidez	Vivência do Corpo	
	Vivência positiva do corpo	Vivência do corpo grávido
	r	r
Vinculação à Mãe		
1. Qualidade do laço emocional	,379 **	,171 *
2. Inibição da exploração e da individualidade	-,207 *	-,119
3. Ansiedade de separação e dependência	,031	,044
Vinculação ao Pai		
4. Qualidade do laço emocional	,424 **	,098
5. Inibição da exploração e da individualidade	-,157	-,061
6. Ansiedade de separação e dependência	,075	,024
QAG		
7. Relação com a própria mãe na gravidez	,317 **	,235 **

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

Síntese de Resultados: Associação das variáveis psicossociais com a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo

A Relação Mãe-Bebé e as Variáveis Psicossociais: A *Vivência do corpo grávido* aparece como a dimensão da Vivência da Gravidez mais associada à Relação Mãe-Bebé. Também a *Atitude positiva face à gravidez*, a *Relação com a própria mãe na gravidez* e a Satisfação Conjugal parecem ligadas à Relação Mãe-Bebé, especialmente quando nos reportamos à *Vinculação prenatal*. As correlações com as dimensões da Vinculação aos Pais são fracas ou inexistentes, sobressaindo, no entanto, a *Qualidade do laço emocional* à Mãe e ao Pai. Paralelamente, identificou-se também uma associação inversa da *Inibição da exploração e da individualidade* com a *Construção da identidade materna*, e uma associação positiva da *Ansiedade de separação e dependência* com o *Envolvimento emocional com o bebê*, tanto nas dimensões da Vinculação à Mãe como da Vinculação ao Pai.

Por outro lado, é de destacar que as associações encontradas quanto às dimensões da Vinculação à Mãe são semelhantes e consistentes com as encontradas com as dimensões da Vinculação ao Pai, não emergindo processos de associação diferenciais relativamente a estes dois contextos relacionais.

De qualquer forma, as correlações encontradas entre a Relação Mãe-Bebé e as variáveis psicossociais não são fortes (Quadro 30).

A Vivência Corporal e as Variáveis Psicossociais: A *Atitude positiva face à gravidez* aparece como a dimensão da Vivência da Gravidez mais associada à Vivência Corporal. Também a *Vivência positiva da sexualidade* e a *Relação com a própria mãe na gravidez* parecem ligadas à Vivência Corporal, especialmente quando nos reportamos à *Vivência positiva do corpo*. Abordando a relação conjugal, emerge uma associação sistemática da *Vivência positiva do corpo* com as diferentes dimensões conjugais consideradas. Emergiu uma associação mais forte e sistemática das diferentes variáveis conjugais consideradas com a *Vivência positiva do corpo* do que com a *Vivência do corpo grávido*. Tal como na Relação Mãe-Bebé, a avaliação da Satisfação Conjugal (EASAC) evidencia uma associação mais forte e mais sistemática com as dimensões em análise, do que a avaliação global da *Relação conjugal na gravidez* pelo MAMA, traduzindo possivelmente a maior adequação daquele

instrumento, e a importância das percepções e da avaliação subjectiva da relação conjugal, sobre os indicadores mais comportamentais e específicos / circunstanciais que caracterizam o MAMA. Em termos das dimensões da vinculação aos pais, sobressai de novo (tal como na Relação Mãe-Bebé) a *Qualidade do laço emocional* à Mãe e ao Pai em relação à sua associação à *Vivência positiva do corpo* (mas não em relação à *Vivência do corpo grávido*).

De qualquer forma, as correlações encontradas entre as dimensões corporais e psicossociais também não são fortes.

Quadro 30. Síntese da Correlação das Variáveis Psicossociais com a Relação Mãe-Bebé e com a Vivência Corporal

Variáveis Psicossociais	Relação Mãe-Bebé			Vivência do Corpo	
	Envolvimento emocional com o bebé	Constr. da identidade materna	Vinc. prenatal	Vivência positiva do corpo	Vivência do corpo grávido
	r	r	r	r	r
ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ: MAMA					
1. Atitude positiva face à gravidez	,290 **	,352 **	,456 **	,558 **	,563 **
2. Relação conjugal na gravidez	,010	,109	,124	,263 **	,061
3. <i>Vivência positiva da sexualidade</i>	,069	,072	,243 **	,443 **	,298 **
4. Atitude negativa face à gravidez	-,268 **	-,173 *	,065	,126	,071
ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ: QAG					
5. <i>Vivência do corpo grávido</i>	,441 **	,406 **	,437 **	,381 **	1 **
6. Relação com a própria mãe	,267 **	,236 **	,295 **	,317 **	,235 **
7. Mudança Pessoal na Gravidez	-,302 **	-,199 **	-,095	-,077	-,129 *
SATISFAÇÃO CONJUGAL					
Satisfação com o amor conjugal	,240 **	,294 **	,366 **	,435 **	,239 **
Satisfação com o Func. Conjugal	,158 *	,249 **	,339 **	,499 **	,225 **
VINCULAÇÃO À MÃE					
Qualidade do laço emocional	,212 **	,215 **	,243 **	,379 **	,171 *
Inibição da Exploração e da Individ.	,104	-,201 *	-,141	-,207 *	-,119
Ansiedade de Separação e Depend.	,183 *	,022	,131	,031	,044
VINCULAÇÃO AO PAI					
Qualidade do laço emocional	,227 **	,265 **	,228 **	,424 **	,098
Inibição da Exploração e da Individ.	,076	-,225 **	-,193 *	-,157 *	-,061
Ansiedade de Separação e Depend.	,194 *	,093	,092	,075	,024

* p < 0.05; ** p < 0.001.

6.3. ANÁLISE DESENVOLVIMENTAL

(Objectivo 3)

Um objectivo complementar do anterior, centra-se na análise desenvolvimental da Relação Mãe-Bebé e da Vivência Corporal ao longo do processo gravídico, num primeiro momento, a partir dos dados transversais, e, posteriormente, pela análise dos dados longitudinais que, ainda que recorrendo a uma amostra mais reduzida, permite observar a mudança intra-sujeito ao longo dos diferentes momentos de avaliação longitudinal. Para analisar os dados transversais procedeu-se à comparação das médias obtidas entre os grupos de grávidas em diferentes trimestres de gestação e para a análise dos dados longitudinais recorreu-se à análise de variância com medidas repetidas.

6.3.1. Análise desenvolvimental da relação mãe-bebé

Diferenças quanto ao trimestre de gravidez: A comparação das grávidas avaliadas em diferentes trimestres de gravidez (Quadro 31) mostrou que estas diferenças de média só são significativas nos factores *Envolvimento emocional com o bebé* [$F(2, 197) = 4.613$; $p = 0.011$] e *Vinculação prenatal* [$F(2, 197) = 5.489$; $p = 0.005$] entre as grávidas do 1º trimestre e as grávidas do 3º trimestre que apresentam valores mais elevados, tal como esperado (H20), mas não no factor *Construção da identidade materna*.

Diferenças quanto às experiências gravídicas do bebé: Na análise do efeito da percepção de movimentos fetais sobre a relação mãe-bebé encontraram-se, tal como previsto (H21), diferenças significativas quanto à *Vinculação prenatal*, [$F(2, 158) = 5.244$, $p = 0.006$], apresentando valores mais elevados as grávidas que já tinham sentido “ *muito*” o bebé em relação às que ainda “*não*” tinham sentido o bebé, ainda que este efeito não se tenha verificado no *Envolvimento emocional com o bebé* ou na *Construção da identidade materna*.

No entanto, considerou-se que este efeito poderia estar a reflectir não a influência dos movimentos fetais em si, mas sim o efeito camuflado do próprio tempo de gravidez (a

ele associado) sobre a relação mãe-bebé, pelo que se procedeu à introdução da variável “semanas de gravidez” como covariante. Esta análise evidenciou que, de facto, se tivermos em conta o tempo de gravidez, mantendo-o constante, o efeito dos movimentos fetais sobre a relação mãe-bebé deixa de ser significativo. Na análise do efeito da realização de ecografias sobre a relação mãe-bebé, constatou-se que esta variável não exerce qualquer efeito sobre a avaliação naquelas dimensões. Estes dados encontram-se apresentados no Quadro 31.

Quadro 31. A Relação Mãe-Bebé e as Variáveis Processuais

		Envolvimento emocional com o bebé		Construção da identidade materna		Vinculação prenatal	
Trimestre de Gravidez:		M	DP	M	DP	M	DP
▪ 1º Trimestre	62	a 3,26	,105	4,42	,062	a 4,25	,053
▪ 2º Trimestre	61	3,49	,105	4,58	,063	b 4,44	,053
▪ 3º Trimestre	63	b 3,68	,113	4,58	,068	b 4,44	,057
gl		(2, 183)		(2, 183)		(2, 182)	
F		3,392		2,471		5,635	
p		,036		ns		,004	
Movimentos Fetais:							
▪ não	65	3,26	,102	4,51	,063	4,24	,043
▪ mais ou menos	26	3,40	,160	4,39	,098	4,35	,068
▪ sim	72	3,61	,106	4,52	,065	4,41	,044
gl		(2, 160)		(2, 160)		(2, 158)	
F		2,558		1,033		5,244	
p		ns		ns		(.006)*	

* Se tivermos em conta o tempo de gravidez, mantendo-o constante (covariante), o efeito dos movimentos fetais sobre a relação mãe-bebé deixa de ser significativo.

Mudanças no Envolvimento emocional com o bebé ao longo da gravidez: Para explorar as mudanças intra-sujeitos na Relação Mãe-Bebé ao longo dos três períodos de avaliação conduziu-se uma *one-way* ANOVA com medidas repetidas, para o factor trimestre, separadamente para cada dimensão. Verificou-se um efeito significativo do trimestre de gravidez, [F (2, 25) = 10,036, p = 0.001], sugerindo uma mudança nos valores do *Envolvimento emocional com o bebé* entre os três períodos de avaliação (reforçando os resultados transversais). Estes resultados indicam a existência de diferenças entre os grupos considerados, pelo que se procedeu à análise da

comparação múltipla através do *pairwise comparisons* no sentido de verificar quais são os grupos que apresentam diferenças entre si, *ie*, para identificar entre que trimestres de gravidez é que essa mudança no *Envolvimento emocional com o bebé* ocorre, constatando-se que há diferenças significativas entre o 3º trimestre de gravidez e os trimestres anteriores, mas não entre estes dois trimestres. Verificou-se, então, um aumento significativo dos valores de *Envolvimento emocional com o bebé* entre o 2º trimestre e o 3º trimestre, sugerindo que é entre o 2º e o 3º trimestre que ocorre a principal mudança nesta dimensão.

Mudanças na Construção da identidade materna ao longo da gravidez: Tendo presente a ausência de diferenças em relação a esta dimensão da Relação Mãe-Bebé, a partir da comparação transversal de grupos de grávidas, conduziu-se agora uma análise para explorar se houve uma mudança intra-sujeito nos valores da *Construção da identidade materna* ao longo dos três períodos de avaliação através de uma *one-way ANOVA* com medidas repetidas, para o factor trimestre. Com base neste procedimento estatístico, verificou-se que também a nível intraindividual / longitudinal não é possível identificar mudanças significativas na *Construção da identidade materna* ao longo da gravidez, sugerindo uma estabilidade nos valores da construção da identidade materna ao longo dos três períodos de avaliação.

Mudanças na Vinculação prenatal ao longo da gravidez: Em relação à comparação dos valores da *Vinculação prenatal* ao longo dos diferentes períodos de avaliação, verificou-se um efeito significativo do trimestre de gravidez [$F(2, 25) = 10,446$, $p = 0.001$], sugerindo uma mudança nos valores desta dimensão entre os três períodos de avaliação. A análise da comparação múltipla através do método *pairwise comparisons* permitiu identificar diferenças significativas entre o 1º trimestre e ambos os trimestres de gravidez posteriores, mas não entre estes. Observou-se, então, um aumento significativo dos valores de *Vinculação prenatal* entre o 1º trimestre e o 2º trimestre ($p = 0.001$). Esta diferença mantém-se também em relação ao 3º trimestre que continua a apresentar valores significativamente superiores aos do 1º trimestre. Não se verificaram, no entanto, diferenças significativas entre o 2º e o 3º trimestre neste factor, sugerindo que é entre o 1º e o 2º trimestres que ocorre a principal mudança nesta dimensão.

As diferenças longitudinais das médias na Relação Mãe-Bebé são apresentadas no Quadro 32.

Quadro 32. A Relação Mãe-Bebé ao longo da Gravidez

		<i>Envolvimento emocional com o bebé</i>		<i>Construção da identidade materna</i>		<i>Vinculação prenatal</i>	
Trimestre de Gravidez:		M	DP	M	DP	M	DP
▪ 1º Trimestre	27	3,35 a	,82	4,65	,43	4,12 a	,46
▪ 2º Trimestre	27	3,61 a	,95	4,67	,42	4,47 b	,31
▪ 3º Trimestre	27	3,87 b	,80	4,69	,46	4,50 b	,26
gl		(2,25)		(2,25)		(2, 25)	
F		10,036		,049		10,446	
p		,001		ns		,001	

Em síntese, pudemos observar que a *Construção da identidade materna* apresenta valores muito elevados desde o 1º trimestre de gravidez, não evidenciando qualquer mudança significativa ao longo da gravidez, quer a partir da análise transversal quer da análise longitudinal (parecendo estar a reflectir um efeito de tecto). Pelo contrário, foi possível identificar mudanças desenvolvimentais quer no *Envolvimento emocional com o bebé* quer na *Vinculação prenatal*, que apresentam de um modo geral médias mais elevadas no 3º do que no 1º trimestre de gravidez, em ambos os estudos conduzidos, confirmando-se parcialmente a nossa hipótese (H18). Esta análise sugere que o *Envolvimento emocional com o bebé* apresenta uma evolução mais contínua, gradual e progressiva ao longo do processo gravídico (como sugere o estudo transversal que evidenciou uma diferença entre o 1º e o 3º trimestre), ainda que, a partir da análise longitudinal, seja possível observar uma mudança significativa entre o 2º e o 3º trimestre (pelo menos nas primíparas que constituem esta amostra). Quando atentamos na *Vinculação prenatal*, encontramos um padrão de mudança um pouco diferente, parecendo haver uma descontinuidade pelo segundo trimestre de gestação, altura em que o ritmo de evolução parece abrandar. Assim, enquanto que as médias se apresentam significativamente diferentes entre o 1º e o 3º trimestres (no estudo transversal) e entre o 2º e o 3º (no estudo longitudinal) quanto ao *Envolvimento emocional com o bebé*, em relação à *Vinculação prenatal* as diferenças de médias são significativas entre o 1º trimestre e os outros dois trimestres de gravidez, não se

verificando diferenças entre o 2º e o 3º trimestres de gravidez nesta dimensão, reflectindo uma estabilização a partir do 2º trimestre representada graficamente de forma mais esclarecedora. Este padrão emergiu tanto no estudo transversal como no estudo longitudinal, em que a diferença entre o 1º trimestre e os dois trimestres posteriores surge como significativa de igual modo nos dois estudos, reforçando a consistência deste resultado.

Analizou-se também o efeito das experiências gravídicas na relação mãe-bebé mas, ao contrário do esperado (H19), não se encontraram diferenças em qualquer das subescalas quanto à percepção de movimentos fetais ou quanto à realização de ecografias, depois de controlado o tempo de gravidez (covariante).

6.3.2. Análise desenvolvimental da vivência corporal

Diferenças quanto ao trimestre de gravidez: Comparando as médias obtidas pelas grávidas dos três trimestres (Quadro 33), encontraram-se, tal como previsto (H23), diferenças estatisticamente significativas no Factor *Vivência do corpo grávido* [$F(2, 188) = 3,243, p = 0,041$], designadamente entre as grávidas avaliadas no 1º trimestre e as grávidas avaliadas no 2º trimestre, que apresentaram as médias mais elevadas neste factor. Não se verificou qualquer diferença entre as grávidas do 2º e do 3º trimestre de gestação, o que poderá sugerir que é entre o 1º e o 2º trimestre que se verifica a principal mudança nesta variável. A *Vivência positiva do corpo* não apresentou qualquer efeito quanto ao trimestre de gravidez.

Quadro 33. A Relação com o Corpo nos trimestres de gravidez

Trimestre de Gravidez:	n	Vivência positiva do corpo		Vivência do corpo grávido	
		M	DP	M	DP
▪ 1º trimestre	63	3,84	,08	a 3,21	,10
▪ 2º trimestre	63	3,80	,08	b 3,58	,10
▪ 3º trimestre	63	3,76	,08	3,43	,10
	gl	(2, 188)		(2, 188)	
	F	,272		3,243	
	p	ns		,041	

Diferenças quanto às experiências gravídicas do bebé: Na análise do efeito da percepção de movimentos fetais e da realização de ecografias, também não se encontraram, ao contrário do previsto (H23), diferenças significativas quanto à relação com o corpo.

Mudanças longitudinais na Vivência positiva do corpo: Apesar de não ter sido possível identificar diferenças quanto à *Vivência positiva do corpo*, a partir da análise transversal que compara as grávidas em cada trimestre de gravidez, quando analisamos longitudinalmente a evolução intrasujeito (Quadro 34) essas diferenças desenvolvimentais foram efectivamente detectadas, sugerindo uma diminuição significativa da *Vivência positiva do corpo* ao longo da gravidez.

Assim, verificou-se um efeito significativo do trimestre de gravidez, [$F(2, 26) = 5,115$, $p = 0.013$], sugerindo uma mudança nos valores de *Vivência positiva do corpo* entre os três períodos de avaliação. Estes resultados indicam a existência de diferenças entre os diferentes momentos de avaliação longitudinal, pelo que se procedeu à análise da comparação múltipla (*pairwise comparisons*) no sentido de verificar entre que momentos de avaliação é que as diferenças são significativas, *ie*, para identificar entre que trimestres de gravidez é que essa mudança na *Vivência positiva do corpo* ocorre. Constataram-se diferenças significativas entre o 1º trimestre e o 3º trimestre, no sentido de uma diminuição da *Vivência positiva do corpo* ao longo da gravidez, ao contrário do esperado (H20). Estes resultados são diferentes dos encontrados nos resultados transversais, que não evidenciavam diferenças significativas entre os trimestres.

Mudanças longitudinais na Vivência do corpo grávido: Com base no mesmo procedimento estatístico, verificou-se que não é possível identificar mudanças longitudinais significativas na *Vivência do corpo grávido* entre os três trimestres de gravidez, sugerindo uma estabilidade ao longo do processo gravídico (Quadro 34), contrariando as nossas hipóteses (H23).

Quadro 34. A Vivência do corpo ao longo da gravidez

		Vivência positiva do corpo		Vivência do corpo grávido	
Trimestre de Gravidez:		M	DP	M	DP
▪ 1º Trimestre	28	3,97 a	,62	3,54	,94
▪ 2º Trimestre	28	3,78	,73	3,75	,80
▪ 3º Trimestre	28	3,72 b	,68	3,69	,71
gl		(2, 26)		(2, 29)	
F		5,115		2,164	
p		,013		ns	

Síntese de Resultados: A Análise Desenvolvidamental da Relação Mãe-Bebé e da Vivência do Corpo

Começando por explorar as mudanças desenvolvimentais na Relação Mãe-Bebé na gravidez, quer no estudo transversal quer no estudo longitudinal, observou-se que a *Construção da identidade materna* apresenta valores muito elevados desde o 1º trimestre de gravidez, não evidenciando qualquer mudança significativa ao longo da gravidez, sendo, no entanto, possível identificar mudanças desenvolvimentais quer no *Envolvimento emocional com o bebé* quer na *Vinculação prenatal*: o *Envolvimento emocional com o bebé* apresenta uma mudança significativa entre o 2º e o 3º trimestre e, na *Vinculação prenatal*, as diferenças de médias são significativas entre o 1º trimestre e o 2º trimestre de gravidez, altura em que parecem estabilizar.

Relativamente à análise desenvolvimental da Vivência do Corpo, apesar de não ter sido possível identificar diferenças quanto à *Vivência positiva do corpo* a partir da análise transversal que compara as grávidas em cada trimestre de gravidez, quando analisamos longitudinalmente a evolução intrasujeito essas diferenças desenvolvimentais foram efectivamente detectadas, sugerindo uma diminuição significativa da *Vivência positiva do corpo* ao longo da gravidez, resultando numa média significativamente inferior no 3º trimestre do que no 1º trimestre. Em relação à *Vivência do corpo grávido*, observou-se uma média significativamente mais elevada nas grávidas avaliadas no 2º trimestre do que nas grávidas avaliadas no 1º trimestre, no estudo transversal desta variável que sugere que é nesta altura que se verifica uma mudança nesta dimensão corporal. No entanto, este efeito não emergiu no estudo longitudinal (o que poderá estar associado ao menor tamanho da amostra que dificulta a emergência de efeitos significativos).

6.4. ASSOCIAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ COM A VIVÊNCIA DO CORPO

(Objectivo 4)

Depois de analisada a influência, quer das variáveis sociodemográficas e gravídicas, quer das variáveis psicossociais, tanto na relação mãe-bebé como na vivência do corpo separadamente, que foi depois completada pela respectiva análise desenvolvimental, a análise dos resultados prosseguiu, então, com o estudo da relação entre estas variáveis-chave que constitui o nosso objectivo central (H24). Esta análise privilegiou, inicialmente, o estudo correlacional entre estas variáveis, procedendo-se posteriormente a uma análise de regressão múltipla sequencial que permitiu melhor integrar e hierarquizar a relação entre as variáveis, distinguindo a contribuição específica das dimensões corporais na relação mãe-bebé, comparando e controlando a influência das restantes variáveis avaliadas.

6.4.1. A relação mãe-bebé e as dimensões corporais

A Relação Mãe-Bebé e a Vivência do corpo grávido

Na análise dos resultados (Quadro 35), destacaram-se os valores encontrados para a associação entre a *Vivência do corpo grávido* e a Relação Mãe-Bebé. Assim, aquela dimensão corporal, evidenciou uma correlação positiva forte tanto com a dimensão do *Envolvimento emocional com o bebé* ($r = 0.441$, $p < 0.001$), como com a dimensão da *Construção da identidade materna* ($r = 0.406$, $p < 0.001$), enfatizando a ligação da vivência corporal com a construção da identidade materna e com a ligação emocional com o bebé na gravidez, o que é também confirmado pela sua correlação com a *Vinculação prenatal* ($r = 0.437$, $p < 0.001$).

A Relação Mãe-Bebé e a Vivência positiva do corpo

Testando a associação entre a Relação Mãe-Bebé e a *Vivência positiva do corpo*, constatamos também uma correlação muito significativa, mas mais modesta, quanto às diferentes subescalas consideradas. Assim, a *Vivência positiva do corpo* evidenciou uma correlação positiva tanto com o *Envolvimento emocional com o bebé* ($r=0.298$, $p < 0.001$), como com a *Construção da identidade materna* ($r=0.392$, $p < 0.001$) e a

Vinculação prenatal ($r = 0.437, p < 0.001$). Foi interessante notar que a *Vivência positiva do corpo* apresentou uma correlação mais forte com a *Construção da identidade materna* do que com o *Envolvimento emocional com o bebé*, sugerindo que, ainda que relacionado com ambas as tarefas da gravidez (como tínhamos colocado em hipótese, H22), parece apresentar uma relação mais forte com a *Construção da identidade materna*.

Concluindo, no estudo da associação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo que constitui o objectivo central deste trabalho, foram encontradas associações entre todas as dimensões da Vivência Corporal e da Relação Mãe-Bebé (Quadro 37), destacando-se, ainda assim, os valores relativos à *Vivência do corpo grávido*.

Quadro 35. Vivência do Corpo e a Relação Mãe-Bebé

Vivência do Corpo	Relação Mãe-Bebé		
	Envolvimento	Construção da	Vinculação
	emocional com o bebé	identidade materna	prenatal
	r	r	r
<i>Vivência do corpo grávido</i>	,441 **	,406 **	,437 **
<i>Vivência positiva do corpo</i>	,298 **	,392 **	,351 **

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

6.4.2. Os determinantes da relação mãe-bebé

Depois de analisadas as associações entre as variáveis, conduziu-se, então, um conjunto de análises de regressão múltipla para determinar, entre as diversas variáveis abordadas (variáveis sociodemográficas e gravídicas e dimensões relativas à adaptação à gravidez, à relação conjugal, à relação com os pais e à vivência corporal), quais as que melhor permitem prever a relação mãe-bebé e em que medida a vivência do corpo continua a poder prever a relação mãe-bebé, depois de controladas as variáveis relativas à vivência gravídica.

Esta análise permitiu testar um modelo composto pelas diferentes variáveis independentes que consideramos poder explicar a Relação Mãe-Bebé (com base nas hipóteses definidas e nas análises anteriormente conduzidas), designadamente a paridade, o tempo de gravidez, a *Atitude positiva face à gravidez*, a *Relação com a própria mãe na gravidez*, a *Percepção de mudança pessoal*, a *Vivência positiva do corpo* e a *Vivência do corpo grávido*.

Esta análise permitiu-nos, também, determinar em que medida cada uma das dimensões consideradas permitem prever as dimensões da Relação Mãe-Bebé e que percentagem de variância destas dimensões é explicada pelos resultados obtidos nos preditores definidos. Podemos ainda determinar a variância da Relação Mãe-Bebé que é explicada por cada uma das variáveis independentes preditoras, para além das restantes variáveis independentes consideradas.

Conduziu-se, então, uma análise de regressão múltipla hierárquica (ou sequencial) para avaliar o valor preditivo das nossas variáveis independentes (*Vivência positiva do corpo* e *Vivência do corpo grávido*), controlando outras variáveis que pudessem interferir na sua influência na Relação Mãe-Bebé. Estas análises foram conduzidas separadamente para cada dimensão da Relação Mãe-Bebé e só depois de verificadas as condições de utilização, nomeadamente em termos de não multicolinearidade, normalidade, linearidade, homoscedasticidade e independência dos valores residuais. Na análise de regressão múltipla hierárquica ou sequencial, é estabelecida a ordem de importância (inversa à ordem de entrada) de cada conjunto de variáveis, de acordo com as hipóteses de trabalho. Neste caso, interessava-nos determinar o contributo adicional das variáveis corporais (3º passo), depois de controlado o efeito das restantes variáveis

que pareciam estar a influenciar também a Relação Mãe-Bebé, designadamente, a paridade e o tempo de gravidez (1º passo), mas também a *Atitude positiva face à gravidez*, a *Percepção de mudança pessoal* e a *Relação com a própria mãe na gravidez* (2º passo). Foram excluídas desta análise as variáveis relativas à vinculação à mãe e ao pai, pois apresentavam-se fortemente correlacionadas entre si e também com a *Relação com a própria mãe na gravidez*, ultrapassando o valor de .70, a partir do qual deixa de estar assegurada a condição da não multicolinearidade necessária a esta análise. Além disso, tínhamos já verificado que estas dimensões não pareciam acrescentar dados relevantes adicionais em comparação com a avaliação proporcionada pela *Relação com a própria mãe na gravidez* do QAG. Deste modo, manteve-se apenas a *Relação com a própria mãe na gravidez* que apresentava valores de correlação com o *Envolvimento emocional com o bebé* nos parâmetros adequados, ie, entre .30 e .70, ao contrário das dimensões da vinculação aos pais (Quadro 36).

Quadro 36. Variáveis Predictoras da Relação Mãe-Bebé

Preditores:		Envolvimento emocional com o bebé		Construção da Identidade Materna		Vinculação prenatal	
		R 2	beta	R 2	beta	R 2	beta
		Change		Change		Change	
1º passo	variáveis gravídicas	.088**		.057*		.095**	
	Paridade		-,117		-,081		-,125
	Semanas de Gravidez		.136*		,096		.157*
2º passo	Variáveis psicossociais/ adaptação à gravidez	.154**		.140**		.197**	
	Atitude Positiva face à Gravidez		-,033		,039		.202*
	Percepção de Mudança Pessoal		.206*		,119		,010
	<i>Relação com a Própria Mãe na Gravidez</i>		.143*		,084		.155*
3º passo	Variáveis corporais	.083**		.079**		.039**	
	Vivência positiva do corpo		,117		.235*		,092
	Vivência do corpo grávido		.327**		.240*		.220*
R2 Total		.325		.276		.330	

Avaliando globalmente o nosso modelo que propõe a introdução sequencial de variáveis gravídicas, psicossociais / de adaptação à gravidez e corporais para explicar a Relação Mãe-Bebé, verificamos que este modelo é adequado e permite explicar 28 a 33% da variância da Relação Mãe-Bebé, dependendo da dimensão considerada.

Paralelamente, verificamos que as variáveis corporais no seu conjunto proporcionam uma contribuição específica, independente das restantes variáveis (controladas), em relação a todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé. Esta contribuição específica, situa-se entre os 4% para a *Vinculação prenatal* e os 8% para o *Envolvimento emocional com o bebé* e a *Construção da identidade materna*. Verificamos, ainda, que as variáveis psicossociais / relativas à adaptação à gravidez permitem explicar no seu conjunto entre 14 e 20% e que as variáveis gravídicas explicam entre 6 e 10% adicionais da variância da Relação Mãe-Bebé.

Mas, para percebermos quais as variáveis incluídas no modelo que contribuem, de facto, para prever a Relação Mãe-Bebé, analisou-se a significância associada a cada uma, e pudemos então comparar o coeficiente beta dos valores *standardizados* das diferentes variáveis para determinar quais dos preditores, com contribuição significativa, os que apresentam um contributo mais relevante. Esta análise permitiu-nos assim hierarquizar a capacidade preditiva das diferentes variáveis independentes do modelo.

Verificamos então que: a) a variância do *Envolvimento emocional com o bebé* é explicada pela *Vivência do corpo grávido*, seguida da *Percepção de mudança pessoal*, da *Relação com a própria mãe na gravidez* e do tempo de gravidez; b) a variância da *Construção da identidade materna* é explicada apenas pela *Vivência do corpo grávido* e pela *Vivência positiva do corpo*; e c) a variância da *Vinculação prenatal* é explicada pela *Vivência do corpo grávido*, mas também pela *Atitude positiva face à gravidez*, pelo tempo de gravidez e pela *Relação com a própria mãe na gravidez*.

Constatamos que a *Vivência do corpo grávido* é o preditor mais importante das diferentes dimensões da Relação Mãe-Bebé, entre as diferentes variáveis independentes consideradas neste modelo. Além deste, outros preditores são evidenciados em cada dimensão da Relação Mãe-Bebé. Assim, surge a *Vivência positiva do corpo* como o único preditor adicional da *Construção da identidade materna*, e surge o tempo de gravidez e a *Relação com a própria mãe na gravidez* como preditores adicionais tanto do *Envolvimento emocional com o bebé* como da *Vinculação prenatal*. A *Percepção de mudança pessoal* funciona como preditor específico apenas

do *Envolvimento emocional com o bebé* e, a *Atitude positiva face à gravidez* e a *Maternidade* apenas permite predizer a variância da *Vinculação prenatal*.

Concluindo, ainda que a *Vivência do corpo grávido* surja como o preditor mais relevante em todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé, outros preditores contribuem, adicionalmente para explicar a variância em cada uma das dimensões abordadas. Apenas a paridade não surge como preditora de nenhuma das dimensões da Relação Mãe-Bebé avaliadas, depois de controladas as restantes variáveis independentes do modelo, apesar de se tratar de uma variável que, na análise de diferenças, parecia influenciar sistematicamente as diferentes dimensões da Relação Mãe-Bebé confirmando as nossas hipóteses iniciais (H2).

Portanto, sem esquecer que o tempo de gravidez prediz uma percentagem significativa da variância dos resultados na Relação Mãe-Bebé (excepto na *Construção da identidade materna*), verificou-se que, após controlado o efeito dessa variável independente, as variáveis relativas à vivência da gravidez contribuem, ainda, para a variância dos seus resultados (ainda que no caso da *Construção da identidade materna* não revelem contribuições específicas significativas de nenhuma delas *per se*, depois de incluídas as dimensões corporais). De qualquer modo, depois de controladas estas últimas variáveis relativas à vivência da gravidez, a *Vivência do corpo grávido* continua a exercer uma influência específica em todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé, destacando-se as dimensões corporais como os únicos preditores específicos da *Construção da identidade materna* neste modelo.

SÍNTESE FINAL DOS RESULTADOS

A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ E A VIVÊNCIA DO CORPO NA GRAVIDEZ

...efeito das variáveis sociodemográficas e gravídicas...

De um modo geral, verificamos em termos de resultados obtidos, que as ***variáveis sociodemográficas*** não parecem exercer qualquer efeito sobre as dimensões da Relação Mãe-Bebé (ao contrário do esperado), tendo-se encontrado apenas uma diferença na *Construção da identidade materna* quanto à existência de história de depressão. Também a *Vivência do corpo grávido* não se revelou sensível a este conjunto de variáveis, observando-se apenas um efeito da *idade* sobre os seus valores médios. No entanto, a *Vivência positiva do corpo* variou com a *escolaridade*, a percepção de *apoio social* e a história de depressão.

Em relação às ***variáveis gravídicas***, observou-se uma influência sistemática da *paridade* e do *desejo de gravidez* (avaliado a partir da “reação preocupada à notícia da gravidez”) quer nas dimensões da Relação Mãe-Bebé quer da Vivência Corporal. A *Construção da identidade materna* foi ainda sensível à *difficuldade em engravidar* (tal como o *Envolvimento emocional com o bebé*) e à *gravidez de risco*, independentemente do planeamento ou desejo da gravidez, e a *Vinculação prenatal* variou também em função do *planeamento da gravidez* e do *desejo da gravidez* (avaliado a partir da “reação feliz à notícia da gravidez”). Nas dimensões corporais, verificou-se que a *Vivência do corpo grávido* se distingue também quanto às variáveis relativas ao *planeamento* e ao *desejo da gravidez*.

...relação com as variáveis psicossociais...

Em termos das variáveis psicossociais consideradas, observou-se que a *Vivência do corpo grávido* é a dimensão mais associada à Relação Mãe-Bebé, notando-se também a sua associação com a *Atitude positiva face à gravidez*, com a *Relação com a própria mãe na gravidez* e com a Satisfação Conjugal, especialmente quando nos reportamos à *Vinculação prenatal*, em relação à qual não emergiram, no entanto, associações muito expressivas com as dimensões da Vinculação aos Pais.

Em termos da Vivência Corporal, sobressaiu a associação com a *Atitude positiva face à gravidez*, mas observou-se também a sua associação com a *Vivência positiva da sexualidade* e a *Relação com a própria mãe na gravidez*. Nas associações com as dimensões conjugais, encontraram-se valores mais elevados e sistemáticos nas variáveis relativas à Satisfação Conjugal e nas associações relativas à *Vivência positiva do corpo*. Analisando as associações da Vivência Corporal com a Vinculação aos Pais, destaca-se a *Qualidade do laço emocional* (à Mãe e ao Pai) em relação à *Vivência positiva do corpo*, mas não em relação à *Vivência do corpo grávido*.

...análise desenvolvimental...

... da relação mãe-bebé ...

Centrando-nos na análise desenvolvimental da Relação Mãe-Bebé, observou-se que a *Construção da identidade materna* apresenta valores muito elevados desde o 1º trimestre de gravidez, não evidenciando qualquer mudança significativa ao longo da gravidez, sendo, no entanto, possível identificar mudanças desenvolvimentais quer no *Envolvimento emocional com o bebé* quer na *Vinculação prenatal*: o *Envolvimento emocional com o bebé* apresenta uma mudança significativa entre o 2º e o 3º trimestre e na *Vinculação prenatal* as diferenças de média são significativas entre o 1º trimestre e o 2º trimestre de gravidez, altura em que parece estabilizar.

... da vivência corporal...

Abordando a análise desenvolvimental da Vivência do Corpo, não foi possível identificar diferenças quanto à *Vivência positiva do corpo*, a partir da análise transversal que compara as grávidas em cada trimestre de gravidez. No entanto, quando analisamos longitudinalmente a evolução intrasujeito, essas diferenças desenvolvimentais foram efectivamente detectadas, sugerindo uma diminuição significativa da *Vivência positiva do corpo* ao longo da gravidez, resultando numa média significativamente inferior no 3º trimestre do que no 1º trimestre. Em relação à *Vivência do corpo grávido*, observou-se uma média significativamente mais elevada nas grávidas avaliadas no 2º trimestre do que nas grávidas avaliadas no 1º trimestre, no estudo transversal desta variável que sugere que é entre o 1º e o 2º trimestres que se verifica uma mudança nesta dimensão corporal, no entanto, este efeito não emergiu no estudo longitudinal (o que poderá estar

associado ao menor tamanho da amostra que dificulta a emergência de efeitos significativos).

... a relação mãe-bebé e a vivência corporal ...

Prosseguindo com o estudo da associação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo, foram encontradas associações entre todas as dimensões da Vivência Corporal e da Relação Mãe-Bebé.

A exploração da relação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo foi concluída com uma análise final dos principais preditores de cada uma das dimensões da relação mãe-bebé.

Constatou-se que a *Vivência do corpo grávido* é o preditor mais importante das diferentes dimensões da Relação Mãe-Bebé, entre as diferentes variáveis independentes consideradas. Além deste, outros preditores são evidenciados em cada dimensão da Relação Mãe-Bebé. Apenas a paridade não surge como preditora de nenhuma das dimensões da Relação Mãe-Bebé avaliadas, depois de controladas as restantes variáveis independentes do modelo.

Portanto, sem esquecer que o tempo de gravidez prediz uma percentagem significativa da variância dos resultados na Relação Mãe-Bebé (excepto na *Construção da identidade materna*), verificou-se que, após controlado o efeito dessa variável independente, as variáveis relativas à adaptação à gravidez contribuem, ainda, para a variância dos seus resultados (ainda que no caso da *Construção da identidade materna* não revelem contribuições específicas significativas de nenhuma delas *per se*). De qualquer modo, depois de controladas estas últimas variáveis, a *Vivência do corpo grávido* continua a exercer uma influência específica em todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé, destacando-se as dimensões corporais como os únicos preditores específicos da *Construção da identidade materna* neste modelo.

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

CAPÍTULO 7.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

7.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo sobre a experiência da gravidez, privilegiou uma abordagem desenvolvimental-ecológica, pois, se por um lado, esta constitui, reconhecidamente, um período de desenvolvimento biopsicossocial para a mulher (Canavarro, 2001; Cohen & Slade, 2000; Ruble, et al, 1990; Smith, 1999a; Costa & Menezes, 1996; Breen, 1975; Erikson, 1950), por outro lado, a qualidade da resolução dessa transição desenvolvimental depende de um conjunto de factores de diferentes níveis do seu ecossistema - desde os aspectos mais intrapsíquicos e relacionais, aos socioeconómicos e profissionais mais alargados. Entre a diversidade de condicionalismos que influenciam o processo de desenvolvimento psicossocial que ocorre ao longo do processo gravídico, serão destacadas as dimensões relacionais e as variáveis que condicionam e definem a configuração do seu contexto de vida.

Como transição desenvolvimental, a gravidez supõe a resolução de tarefas psicológicas específicas (Canavarro, 2001). A construção da Relação Mãe-Bebé constitui a tarefa psicológica essencial da gravidez (Cohen & Slade, 2000; Cranley, 1981; Colman & Colman, 1994; Condon & Corklindale, 1997; Mendes, 2002) e envolve dois processos complementares: a construção da identidade materna e do envolvimento emocional com o bebé. Estes dois processos têm início no período gravídico, numa adaptação corporal, emocional e cognitiva ao bebé em desenvolvimento.

Na resolução desta tarefa de construção da relação mãe-bebé, tem um papel fundamental a vivência do corpo e das transformações físicas da gravidez, pois confronta a mulher com a existência do bebé e com o seu novo papel de mãe. Portanto, é, em larga medida, a partir da vivência corporal gravídica, que uma mulher começa a sentir-se “diferente”, i.e., começa a ver-se como mãe, destacando-se o próprio significado atribuído à “barriga grávida” (Johnson, 1991). As experiências corporais contribuem também para a construção da representação e do envolvimento e interacção com o bebé na gravidez.

O objectivo deste estudo consistiu, portanto, na compreensão da relação existente entre a vivência do corpo e a relação mãe-bebé na gravidez. Mas, para melhor compreender esta associação, considerou-se pertinente explorar também a aceitação e adaptação à gravidez, a satisfação conjugal e a relação da grávida com os seus pais. Outras variáveis sociodemográficas e relativas às circunstâncias gravídicas como a idade, o estado civil, a paridade, o facto de a gravidez ter sido planeada e / ou desejada, a dificuldade em engravidar, a gravidez de risco, a história de depressão, a percepção de apoio social e o contexto sociocultural e profissional da grávida, foram tidas em conta, reconhecendo a sua possível influência sobre as dimensões em análise.

Dado termos enfatizado a natureza desenvolvimental da Vivência Corporal e da Relação Mãe-Bebé, o tempo de gestação foi uma variável-chave, pois, todos estes factores que condicionam a vivência da gravidez, são “jogados” e reconstruídos ao longo do processo gravídico, reenquadrados em diferentes configurações psicológicas, numa dinâmica desenvolvimental que deverá convergir para a resolução idiossincrática das tarefas psicológicas da gravidez. Assim, é esperado que, ao longo da gravidez, vão sendo progressivamente construídas a identidade materna e o envolvimento com o bebé, na confluência de todos estes condicionantes.

Deste modo, propusemo-nos explorar a Vivência Corporal da grávida e sua influência na construção da própria Relação Mãe-Bebé, num estudo que conciliou uma abordagem transversal e longitudinal, em três momentos de recolha de dados: no 1º, no 2º e no 3º trimestres de gestação.

A exploração da **Relação Mãe-Bebé** foi conduzida em torno de duas dimensões complementares, o *Envolvimento emocional com o bebé* e a *Construção da identidade materna*, enfatizando tanto a construção do papel de mãe como a interacção (real e imaginária) com o bebé, nesta tarefa psicológica essencial da gravidez. Foi ainda considerada a avaliação da *Vinculação prenatal*, numa conceptualização alternativa da Relação Mãe-Bebé, em termos de uma vinculação parental prenatal, privilegiando a sua componente cognitiva e emocional.

A **Vivência Corporal**, foi explorada através da avaliação da *Vivência do corpo grávido* e da *Vivência positiva do corpo*. A primeira dimensão corporal, valoriza a especificidade

da vivência corporal gravídica, e, em especial, a vivência da “barriga grávida”. A segunda dimensão corporal, proporciona uma avaliação mais geral da relação com o corpo, incluindo aspectos que não são específicos da gravidez, na medida em que se considerou que, seria importante considerar a forma como a relação com o corpo foi construída ao longo do desenvolvimento psicológico da mulher (agora grávida) (Harrison, 1990; Devine, Bove & Olson, 2000).

Para iniciar a nossa reflexão sobre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo na gravidez, vamos começar por nos debruçar sobre os principais resultados obtidos relativamente às variáveis sociodemográficas mais gerais e às variáveis gravídicas que mais especificamente enquadram este acontecimento de vida.

Procuraremos depois analisar de um ponto de vista desenvolvimental a Relação Mãe-Bebé, discutindo em que medida é possível identificar continuidades e mudanças nestes processos ao longo da gravidez. Nesta análise, será enfatizada a variável tempo de gravidez, sendo também abordadas as experiências gravídicas (movimentos fetais e ecografia).

Esta análise da Relação Mãe-Bebé e da Vivência do Corpo será aprofundada pela exploração da sua relação com a adaptação à gravidez, a relação conjugal e a relação com os pais.

Na análise de todos estes resultados, procurar-se-á desenvolver uma reflexão orientada para as suas implicações em termos da compreensão dos processos de funcionamento e desenvolvimento psicológicos na gravidez que possa proporcionar pistas para a intervenção psicoterapêutica neste domínio.

7.1.1. A influência das variáveis sociodemográficas na relação mãe-bebé e na vivência corporal

Na análise da influência das variáveis de caracterização sociodemográfica (a idade, a escolaridade, a percepção de apoio social e a história de depressão), verificou-se, que, de um modo geral, estas variáveis não parecem exercer qualquer efeito sobre as dimensões da **Relação Mãe-Bebé**, tendo-se encontrado apenas uma diferença na *Construção da identidade materna* quanto à existência de história de depressão.

Em termos da **Vivência Corporal**, observou-se que também a *Vivência do corpo grávido* não se revelou sensível a este conjunto de variáveis sociodemográficas, constatando-se apenas um efeito da *idade*. A segunda dimensão, *Vivência positiva do corpo*, variou com a *escolaridade*, a percepção de *apoio social* e a história de *depressão*.

Na análise do efeito da **idade**, é importante começar por lembrar que esta variável pode ser considerada um marcador de maturidade / desenvolvimento psicossocial (Heinicke, 1995), mas que a idade por si só não é uma variável psicológica.

Na análise do seu efeito na **Vivência Corporal**, encontrou-se uma diferença significativa na dimensão *Vivência do corpo grávido*, apresentando valores mais elevados as grávidas mais novas (entre 20 e 24 anos) do que as mais velhas (mais de 35 anos). Estes valores, que são consistentes com o estudo de Mendonça (2003) com a dimensão *Imagem corporal* (gravídica) do MAMA, parecem sugerir que as grávidas mais velhas se sentem pior com as transformações e experiências corporais e que estarão menos identificadas com a gravidez.

No entanto, estes resultados não parecem reflectir uma pior relação com o corpo na medida em que a sua avaliação pela dimensão *Vivência positiva do corpo* não evidenciou diferenças nestas grávidas. Assim, a idade não parece influenciar esta dimensão da vivência corporal, o que é consistente com a investigação no domínio da imagem corporal junto de mulheres adultas e jovens adultas (Lamb *et al*, 1993; Pliner, Chaiken & Flett, 1990; Demarest & Allen, 2000, cit. por Barbosa, 2001), ainda que, alguns estudos, tenham encontrado que a estima corporal (Taleporos & McCabe, 2005) a experiência corporal (Strauss & Appelt, 1983) e a utilização do toque corporal nas relações amorosas (Barbosa, 2002) diminuem com a idade.

As diferenças relativamente à idade que se observaram em termos de uma pior *Vivência do corpo grávido*, além de não se estenderem à *Vivência positiva do corpo*, também não parecem afectar as dimensões da Relação Mãe-Bebé.

O facto de não terem sido encontradas diferenças na **Relação Mãe-Bebé** quanto à idade, é consistente com outros estudos (Mendes, 2002; Reading *et al*, 1984; Bloom,

1995; Kemp & Page, 1987; Grace, 1989; Righetti et al, 2005), ainda que, alguns autores, tenham chegado a conclusões diferentes relativamente ao efeito da idade na relação mãe-bebé (Siddiqui et al, 1999; Berryman & Windridge, 1996; Laxton-Kane & Slade, 2002) ou na experiência emocional da gravidez (Robb, Alder & Prescott, 2005). Os resultados obtidos poderão ser melhor compreendidos se nos lembrarmos que, na nossa amostra, constituída na sua grande maioria por mulheres grávidas com idade compreendida entre os 20 e os 34 anos, não será a idade *per se* um aspecto suficientemente diferenciador na compreensão na qualidade da Relação Mãe-Bebé, pois, dependendo das circunstâncias conjugais e familiares, mas também culturais, económicas e profissionais da grávida (e do casal), serão atribuídas expectativas diferentes ao *timing* da entrada na maternidade. Assim, e uma vez que foram excluídas desta análise as grávidas que apresentavam maiores implicações psicossociais associadas à idade materna (designadamente as grávidas adolescentes) uniformizando-se em larga medida a nossa amostra, compreende-se que a idade por si só não apresente uma influência significativa na construção da Relação Mãe-Bebé, numa amostra que, de um modo geral, se situa de forma relativamente homogénea face à parentalidade. Deste modo, mais do que a idade ou indicadores mais gerais, serão factores mais idiossincráticos que interferirão neste processo. Seria pertinente em estudos futuros incluir a avaliação do desenvolvimento psicossocial das grávidas para melhor compreender as dimensões em análise.

Passemos então a analisar os resultados relativos à **escolaridade** materna, entendida como um indicador do seu nível sociocultural, e que se tinha previsto poder favorecer quer a Relação Mãe-Bebé, quer, numa hipótese exploratória, a Vivência Corporal das grávidas.

De facto, em relação à **Vivência Corporal**, foram encontradas diferenças significativas na *Vivência positiva do corpo* entre as grávidas com o 1º ciclo e as grávidas com o 2º / 3º ciclo - que apresentaram médias mais elevadas naquela dimensão, o que é consistente com o estudo de Mendonça (2003) e com o de Strauss e Appelt (1993), ainda que este último não recorresse a uma amostra de grávidas.

Podemos considerar que, o facto de as grávidas com mais escolaridade terem valores mais elevados de *Vivência positiva do corpo*, poderá estar associado a um maior poder económico e uma maior valorização da aparência, o que, por sua vez, se reflecte num

maior investimento no cuidado do corpo (patente em muitos dos seus itens), sugerindo que estas grávidas terão usufruído de oportunidades mais favoráveis de desenvolvimento da relação com o corpo.

Estas diferenças não se estendem à dimensão *Vivência do corpo grávido*, em que não foram encontradas diferenças quanto à escolaridade.

As dimensões da **Relação Mãe-Bebé** também não evidenciaram qualquer diferença quanto ao nível de escolaridade das grávidas. Outros autores também observaram que o nível de escolaridade ou o estatuto socioeconómico das grávidas não se associou à Relação Mãe-Bebé (Mendes, 2002; Cranley, 1981; Reading et al, 1984; Kemp & Page, 1987; Mercer et al, 1988; Muller, 1993; Curry, 1987; Fuller et al, 1993; Righetti et al, 2005). Estes dados, são consistentes com a revisão de Fleming e Corter (1988) que lhes permitiu concluir que, independentemente dos modelos culturais específicos, o desenvolvimento das competências parentais durante a gravidez é um processo comum a diferentes culturas, sociedades e espécies, verificando que, ao longo da gravidez, a maioria das progenitoras desenvolvem uma motivação para estar e interagir com o filho.

Na análise dos dados relativos ao **apoio social**, não se encontrou qualquer efeito na **Relação Mãe-Bebé**. Apesar da cautela na interpretação deste resultado (perante as limitações na avaliação desta variável), este estudo não permite sustentar o papel do apoio social no funcionamento parental valorizada por alguns autores (Belsky & Jaffee, *in press*), o que é consistente com outros estudos sobre a relação mãe-bebé na gravidez (Grace, 1988; Koniak-Griffin, 1989; Muller, 1992) que também não confirmaram aquela associação.

Laxton-Kane e Slade (2002) sugerem que “*rather than measuring associations between prenatal attachment and other relationships by perceived closeness or support, attachment styles of the mother may well be more predictive*” (2002: 262), pelo que a influência da vinculação da grávida na Relação Mãe-Bebé parece ser mais importante do que o apoio social.

Relativamente à **Vivência Corporal**, foram encontrados um efeito na *Vivência positiva do corpo*, em que as grávidas mais satisfeitas com o seu apoio social apresentam valores mais elevados. Este efeito remete para as experiências corporais individuais e relacionais que constituem esta dimensão corporal, com itens como “*gosto de ‘mimar’ o*

meu corpo” ou “*gosto de tocar as pessoas que me são chegadas*”, e que ajudam a compreender que as grávidas que se sentem mais satisfeitas com o seu apoio social, estarão também mais confortáveis na sua interacção corporal com os outros e na sua relação consigo próprias e, portanto, com o seu corpo também, pois a dimensão corporal está sempre presente na relação com os outros.

Um último dado relativo às variáveis sociodemográficas que nos mereceu atenção, prende-se com a avaliação da **história de depressão** das grávidas, que, apesar de não ter constituído uma variável privilegiada no presente estudo, acabou por evidenciar alguns elementos para reflexão, apesar das limitações quer na forma de avaliação desta variável quer na dimensão da amostra que se enquadrava nesta categoria⁴⁶.

Foi interessante verificar que se encontraram diferenças relativamente à **Relação Mãe-Bebé**, em termos da *Construção da identidade materna*, mas não nas restantes dimensões da Relação Mãe-Bebé.

Assim, em termos de *Construção da identidade materna*, apresentaram valores mais baixos as grávidas com história actual ou recente de depressão (há menos de um ano), justificando que sejam perspectivadas como uma população de risco do ponto de vista da prevenção de dificuldades parentais posteriores, o que tem sido enfatizado de forma recorrente no domínio da investigação na depressão pós-parto (ex: Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996; Belsky & Jaffee, *in press*, para uma revisão).

A associação entre a depressão e determinados padrões de expectativas (negativas, pessimistas e incontroláveis) em relação ao futuro poderá ajudar a explicar esta relação entre uma eventual estrutura depressiva da grávida e uma pior relação mãe-bebé em termos da *Construção da identidade materna*, na medida em que esta tarefa prenatal constitui, em larga medida, um processo de antecipação de uma relação (positiva)

⁴⁶ É importante lembrar a cautela necessária à interpretação deste resultado, pois, além das limitações na dimensão da amostra que se enquadrava nesta categoria, é preciso lembrar que a variável “depressão” foi registada apenas de acordo com os dados referidos pelo sujeito em termos de ter tido já algum tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico, quando e porquê (depressão ou outro motivo, e qual), não tendo sido desenvolvida uma avaliação capaz desta dimensão que recolhesse informação relativamente ao tipo e à gravidade da depressão ou da sintomatologia depressiva, organizando-se simplesmente as grávidas quanto à história de depressão, em termos de grávidas sem história de depressão, de grávidas com história passada de depressão (há mais de um ano), ou de haver uma história de depressão actual ou recente (há menos de um ano).

futura com o objecto de vinculação. O estudo longitudinal de Deave⁴⁷ (2005) evidenciou justamente uma maior influência da depressão prenatal do que da depressão pós-parto na qualidade do desenvolvimento posterior do bebé, o que poderá reflectir características mais estruturais associadas à depressão prenatal (enquanto indicador de uma estrutura depressiva da personalidade) que evidenciou, naquele estudo, implicações mais profundas para o desenvolvimento psicológico do filho⁴⁸ do que a depressão pós-parto (Deave, 2005) que poderá constituir um episódio depressivo isolado, eventualmente desplotado pelas conhecidas alterações biopsicossociais do pós-parto.

Deste modo, a investigação que relaciona a depressão pós-parto com o desenvolvimento da criança, poderia ter encontrado resultados e interpretações diferentes caso tivesse em conta a avaliação da depressão anterior e durante a gravidez. Assim, esta associação tradicionalmente encontrada entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento da criança poderá ser interpretada não só pelo impacto de um episódio depressivo isolado num período “crítico” do “estabelecimento” da ligação mãe-bebé (cuja semelhança com os pressupostos das teorias do *bonding* já discutidos no segundo capítulo deste trabalho são claros), mas também, eventualmente, pelo efeito pernicioso da relação com uma figura de vinculação caracterizada por uma estrutura depressiva da personalidade, cuja influência seria, portanto, muito mais estrutural e estável, estando presente desde a gravidez, ou mesmo antes, como poderão indicar os dados recolhidos relativamente à história de depressão da grávida. As dificuldades na Relação Mãe-Bebé amplamente relatadas na investigação sobre a depressão pós-parto poderão, de facto, estar já presentes na gravidez.

Apesar da relação mãe-bebé ser muito menos estudada no período prenatal, encontraram-se outros estudos que também suportam os resultados obtidos, reforçando esta associação da relação mãe-bebé com a depressão (Condon & Conkindale, 1997; Laxton-Kane & Slade, 2002; Mercer et al, 1988; Phipps & Zimm, 1986) ou o ajustamento psicossocial (Mikulincer & Florian, 1999) reportando-se ao período gravídico. Portanto, a história de depressão anterior ou durante a gravidez

⁴⁷ A correlação encontrada entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento da criança aos dois anos de idade, desapareceu quando foi tida em conta a depressão prenatal (Deave, 2005).

⁴⁸ As consequências da qualidade da relação com as figuras de vinculação no desenvolvimento psicológico foram, aliás, já amplamente estudadas e confirmadas pela investigação (Caplan et al, 1964; Kumar & Robson, 1984; McIntosh, 1993, cit. por Deave, 2005).

parece apontar para dificuldades com o papel parental (Condon & Corkindale, 1997; Deave, 2005; Priel & Besser, 1999; Phipps & Zimm, 1986; Fowles, 1996).

O facto de não se terem observado diferenças nas grávidas com história de depressão em termos do *Envolvimento emocional com o bebé* e da *Vinculação prenatal* poderá estar associado às limitações apontadas relativamente à forma como foi abordada esta variável, bem como ao reduzido número de participantes nestas condições.

Na análise desta associação entre a depressão e a relação mãe-bebé, é importante referir a perspectiva de Belsky e Jafee (*in press*) que nos lembram que a própria dimensão parental também pode potenciar a depressão, constituindo-se muitas vezes os filhos como stressores que induzem reacções negativas nos pais, especialmente quando estes são mais vulneráveis à depressão. Neste sentido, podemos também considerar a possibilidade de a gravidez poder funcionar como (mais) um stressor para uma mulher vulnerável à depressão (especialmente num contexto em que outras vulnerabilidades coexistam), sendo difícil estabelecer relações unidireccionais entre estas variáveis, como já tínhamos visto.

Prosseguindo na análise da influência da depressão, passamos a referir os resultados obtidos com a **Vivência Corporal**, em que foram encontradas diferenças quanto à *Vivência positiva do corpo*, mas não quanto à *Vivência do corpo grávido*.

As diferenças encontradas na *Vivência positiva do corpo* quanto à existência de história de depressão, reforçam o efeito pernicioso desta variável no funcionamento psicossocial da grávida, em que se inscreve a relação com o próprio corpo. Esta interpretação é consistente com o estudo de Orbach e Mikulincer (1998) que propuseram este instrumento justamente com o propósito de aceder à qualidade da relação com o próprio corpo enquanto indicador do ajustamento psicossocial do indivíduo, com influência profunda *na* e *da* relação consigo próprio e com os outros. Deste modo, estes resultados reforçam a compreensão da relação com o corpo como uma dimensão estrutural da identidade consistente com outros estudos (Taleporos & McCabe, 2005; Orbach, 2004; Harrison, 1990; Barbosa, 2002; Orbach, 2004; Orbach & Mikulincer, 1998).

A ausência de diferenças na *Vivência do corpo grávido*, poderá ser interpretada em termos da influência mais geral da depressão no funcionamento psicológico, patente na *Vivência positiva do corpo*, mas não na *Vivência do corpo grávido*, em que a própria valorização sociocultural da gravidez e da vivência positiva da gravidez (e respectiva desejabilidade social associada), dificultam a verbalização de uma vivência menos positiva do corpo grávido, e induzem uma tonalidade mais positiva à experiência emocional neste período.

A combinação destes resultados relativos à depressão, quer na *Construção da identidade materna*, quer na *Vivência positiva do corpo* (mas não na *Vivência do corpo grávido* nem nas restantes dimensões da Relação Mãe-Bebé), sugerem uma não especificidade do efeito da depressão cuja influência se reflecte ao nível da própria estrutura da personalidade e não especificamente na Relação Mãe-Bebé. Este resultado reforça assim a pertinência de em futuros estudos ser considerada uma avaliação do funcionamento e desenvolvimento psicossocial das grávidas para uma melhor compreensão das variáveis em análise.

Depois de analisados os resultados mais relevantes relativamente às variáveis sociodemográficas, e em especial o efeito da idade na *Vivência do corpo grávido*, o efeito da história de depressão na *Construção da identidade materna* e o efeito da escolaridade, do apoio social e da depressão na *Vivência positiva do corpo*, importa analisar mais especificamente a relação das nossas dimensões em estudo com as variáveis que caracterizam a própria experiência gravídica. Devemos destacar que, apesar da ausência de diferenças quanto às variáveis sociodemográficas, estas variáveis gravídicas parecem relevantes na compreensão da Relação Mãe-Bebé.

7.1.2. A influência das variáveis gravídicas na relação mãe-bebé e na vivência corporal

Em relação às **variáveis gravídicas**, passamos a reflectir sobre os resultados obtidos na exploração do efeito da paridade, do planeamento e desejo da gravidez, da dificuldade em engravidar e da gravidez de risco, quer sobre o processo de construção da Relação Mãe-Bebé, quer sobre a Vivência Corporal destas grávidas.

Numa primeira análise, observou-se uma influência sistemática da *paridade* e do *desejo de gravidez* (“*reacção preocupada à gravidez*”) quer nas dimensões da Relação Mãe-Bebé quer na Vivência Corporal. Na **Relação Mãe-Bebé**, verificou-se igualmente um efeito na *Construção da identidade materna da dificuldade em engravidar* (tal como o *Envolvimento emocional com o bebé*) e da *gravidez de risco*. A *Vinculação prenatal* variou também em função do *planeamento da gravidez* e do *desejo da gravidez* (“*reacção feliz à gravidez*”). Na **Vivência Corporal**, verificou-se que, além da *paridade* e do *desejo de gravidez* (*reacção preocupada*) que afectam ambas as dimensões corporais, a *Vivência do corpo grávido* se distingue também quanto às variáveis relativas ao *planeamento* e ao *desejo da gravidez*.

Estes resultados são em seguida analisados mais detalhadamente.

A **paridade** constitui uma variável importante na compreensão da natureza da Relação Mãe-Bebé conceptualizada em termos de uma vinculação parental e na compreensão da oportunidade de desenvolvimento proporcionada pela experiência da gravidez. No entanto, os resultados obtidos desafiaram os nossos pressupostos teóricos de base, quer em relação à natureza da Relação Mãe-Bebé (e da Vinculação Parental Prenatal em particular), quer em relação ao significado psicossocial atribuído no presente estudo à Vivência Corporal.

Ainda que a paridade constituísse uma variável-chave na compreensão da vivência da gravidez (pois considerou-se que as principais mudanças desenvolvimentais associadas à parentalidade são desencadeadas pela primeira gravidez), tínhamos considerado que, esta variável não deveria influenciar a Relação Mãe-Bebé pois, esta é entendida como uma vinculação parental “recorrente” (Newman & Newman, 1988) em que, com cada novo filho, há todo um reinvestimento relacional, independente dos laços parentais eventualmente estabelecidos com outros filhos.

No entanto, as primíparas apresentaram valores sistematicamente mais elevados em todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé avaliadas (*Envolvimento emocional com o bebé*, *Construção da identidade materna* e *Vinculação prenatal*) do que as participantes que já tinham estado grávidas, ao contrário do esperado, questionando a equivalência da Relação Mãe-Bebé entre primíparas e múltiparas, o que nos exige uma análise mais aprofundada desta variável.

Em particular, em termos da *Construção da identidade materna*, esperávamos que fosse mais difícil para estas mulheres que estavam grávidas pela primeira vez, imaginar-se como mães. No entanto, foram justamente as primíparas que obtiveram médias mais elevadas naquele factor. Isto poderá ser explicado pela maior necessidade de se imaginarem como mães, pelo que, quando perguntamos a uma grávida primípara se ela se imagina a cuidar do seu bebé e ela nos diz “*sim, muito*”, possivelmente ela estará a referir-se à necessidade e à importância que lhe atribui, evidenciando os processos de idealização necessários à construção da identidade materna. Uma múltipara não precisa (et alvez nem possa) gastar tanto tempo e energia a preparar-se para ser mãe e para aprender a relacionar-se com o bebé. Assim, é no primeiro filho que esse desafio é mais crítico e intenso, na medida em que ocorrem as principais mudanças na identidade da mulher associadas à experiência da gravidez e à construção da identidade materna. E, de facto, nós não encontramos diferenças significativas entre as participantes que estavam grávidas pela segunda vez e aquelas que estavam grávidas pela terceira ou quarta vez, sugerindo que é precisamente na primeira gravidez que o principal processo de mudança psicológica ocorre, tal como tem sido enfatizado pelos autores que se dedicam à compreensão desta experiência (Breen, 1975; Leifer, 1980; Rubin, 1984; Lederman, 1996; Smith, 1999a; Ruble *et al*, 1990; Cohen & Slade, 2000; Canavarro, 2001).

Por outro lado, também no *Envolvimento emocional com o bebé* e na *Vinculação prenatal* as primíparas evidenciaram valores mais elevados. Estes resultados levam-nos a colocar como hipótese explicativa que as respostas das primíparas estejam a reflectir uma vivência da gravidez muito positiva atravessada pelo “entusiasmo” e o “deslumbramento” induzido pela vivência de uma primeira gravidez com todas as experiências corporais, emocionais e relacionais novas e intensas que envolve, com uma grande idealização associada, compreendendo-se que as primíparas apresentem uma maior expectativa, um maior sentimento de orgulho perante a gravidez e o corpo grávido, o que é consistente com os resultados obtidos relativamente à influência da paridade na *Vivência do corpo grávido* em que também se observaram valores mais elevados nas primíparas.

Os dados relativos ao efeito da paridade na **Vivência corporal** exigem-nos também uma leitura mais cuidadosa. O facto de as grávidas primíparas terem apresentado valores de vivência do corpo significativamente mais elevados que as outras grávidas (quer em termos de *Vivência positiva do corpo*, quer em termos de *Vivência do corpo grávido*, tal como Mendonça, 2003), poderá estar associado ao impacto psicológico da primeira experiência de gravidez referido em que toda a vivência emocional é atravessada por uma tonalidade positiva de valorização psicossocial e cultural desta transição, e que será específico deste período.

Mas, se interpretarmos este resultado em termos de uma diminuição efectiva (e não passageira) da *Vivência positiva do corpo* associada à experiência prévia de maternidade, então, este resultado poderá sugerir que a gravidez e a maternidade poderão marcar negativamente a relação com corpo. De facto, apesar das oportunidades de desenvolvimento psicossocial que proporciona, a maternidade parece continuar a penalizar as mulheres que, a par das expectativas de realização pessoal e de protagonismo na concretização de projectos pessoais, conjugais, familiares e socioculturais envolvidos numa gravidez, é possível verificar que, na nossa sociedade, as mulheres acabam, muitas vezes, por ser sobrecarregadas com uma dupla carreira e com a discrepância entre os exigentes ideais de mulher e de mãe (ou de “*super-mulher*”?) e uma diminuição dos seus recursos pessoais, relacionais, económicos, profissionais, o que será particularmente marcado no desfavorecido contexto sociocultural desta amostra. De facto, as mulheres que já têm filhos terão naturalmente menor possibilidade de “cuidarem” do seu corpo, referindo compreensivelmente menos comportamentos de “aplicar cremes” ou “tomar banhos de imersão” do que as primíparas em que, a ausência de filhos, possibilitará um maior investimento em comportamentos de cuidado de si. Este resultado fará tanto mais sentido se nos lembrarmos que, na nossa sociedade, e, em particular, nas camadas sociais mais desfavorecidas, as mulheres parecem recorrer, muitas vezes, à gravidez e à maternidade como forma de legitimação de um certo desinvestimento na dimensão corporal, sendo relativamente comum encontrar-se afirmações do tipo “*eu até era vaidosa mas, desde que nasceu o meu filho...*”

Assim, em vez de o resultado desta transição ser um ganho desenvolvimental (por exemplo, com maior auto-estima, novas competências, maior sentido de mestria / competência pessoal, maior sentimento de controlo sobre a sua vida, ou uma relação

com o corpo mais positiva), o resultado poderá ser que, a par da construção de novas competências e responsabilidades, outras serão prejudicadas, como é sugerido pela pior *Vivência positiva do corpo* das múltiparas que se poderão ver “privadas” de uma dimensão importante da sua identidade.

Mais ainda, se tivermos em conta que a dimensão corporal por nós avaliada, além dos aspectos mais especificamente associados à aparência corporal, aborda também aspectos que envolvem a interacção corporal com os outros e a experiência pessoal do cuidado do corpo, este resultado sugere que a experiência prévia de gravidez não parece ter promovido a construção de uma relação com o corpo mais relacional e experiencial nas múltiparas⁴⁹.

No entanto, a ausência de dados relativos à vivência corporal anterior à gravidez, não nos permite perceber se, de facto, é a maternidade que induz uma diminuição da *Vivência positiva do corpo* (que se reflecte nos valores mais baixos das múltiparas), nos termos em que foi discutido, ou se pelo contrário, será a experiência de uma primeira gravidez a “inflacionar” a Vivência Corporal destas mulheres, donde, passado este período, esta dimensão voltaria a valores de *baseline*, eventualmente semelhantes aos das múltiparas. Uma vez que são óbvias as dificuldades de operacionalizar uma abordagem mais prospectiva da vivência do corpo, que se pudesse iniciar antes da gravidez, consideramos que o recurso a uma metodologia retrospectiva, apesar das limitações que lhe são reconhecidas, poderia contribuir para explorar melhor esta possibilidade.

De qualquer forma, independentemente da utilização ou não de uma avaliação da vivência corporal anterior à gravidez, a avaliação do funcionamento e desenvolvimento psicossocial das grávidas proporcionaria certamente uma compreensão mais enriquecida deste resultado, pois mais importante do que perceber se as primíparas têm ou não uma vivência corporal mais positiva do que as múltiparas, importa analisar

⁴⁹ É interessante notar que, apesar de termos valorizado uma distinção entre a Imagem Corporal (associado a noções de Satisfação com a Aparência Corporal e de Estima Corporal) e dimensões corporais mais relacionais e experienciais em termos de conceptualização da relação com o corpo, de facto, o nosso estudo não nos permitiu operacionalizar esta distinção, pois na nossa adaptação dos instrumentos, estes aspectos mostraram-se interligados numa só dimensão psicológica de vivência do corpo, o que poderá sugerir que, na nossa cultura (ou pelo menos na gravidez), as questões da aparência são indissociáveis das restantes questões relativas à experiência corporal.

os processos de construção da relação com o corpo e a sua associação ao funcionamento e desenvolvimento psicossocial do sujeito psicológico.⁵⁰

Na análise dos resultados relativos à **gravidez planeada e gravidez desejada**, importa começar por lembrar a distinção entre estes dois conceitos (Fischer *et al*, 1999; Mendonça, 2003; Brockington, 1996; e Lederman, 1996) pois, apesar da óbvia influência do planeamento de uma gravidez na forma como esta é recebida e depois conduzida, o conceito de *gravidez desejada* de cariz mais emocional e menos consciente (que poderá estar ou não em concordância com o conceito mais cognitivo e comportamental de *gravidez planeada*) é muitas vezes mais difícil de verbalizar e portanto de aceder em termos de avaliação psicológica. Assim, para aceder à *gravidez desejada*, optou-se por avaliar a “reação inicial à notícia da gravidez”, quer em termos de se ter sentido “feliz”, quer em termos de se ter sentido “preocupada”, recorrendo a estes dois indicadores como forma de contornar as dificuldades na avaliação desta variável. Esta opção é suportada pelo estudo de Grossman e colaboradores (1980) que verificaram que a reação à notícia da gravidez era um importante preditor das atitudes maternas prenatais. A correlação entre as variáveis envolvidas na avaliação da “gravidez planeada” e “gravidez desejada” (nos seus dois indicadores) ainda que significativa, não é forte, o que sugere que não haverá redundância ou sobreposição entre estas duas dimensões psicológicas valorizadas no presente estudo, confirmando a pertinência da sua avaliação conjunta e complementar, contribuindo de forma específica para a melhor compreensão do processo de construção da Relação Mãe-Bebé. A associação por nós encontrada entre estas variáveis é consistente com outros estudos (Fischer *et al*, 1999; Grossman *et al*, 1980; Mendonça, 2003; Brockington, 1996; Lederman, 1996), ainda que estas dimensões sejam muitas vezes negligenciadas no estudo da Relação Mãe-Bebé na gravidez (como por exemplo na revisão de Cannella, 2005), o que também foi notado por Laxton-Kane e Slade (2002).

⁵⁰ Seria importante analisar os processos de construção da relação com o corpo e a sua associação ao funcionamento e desenvolvimento psicossocial do sujeito psicológico, de modo a potenciar a compreensão e a intervenção psicológica, mormente junto de populações que reclamem abordagens mais completas de intervenção, como será o caso da intervenção na gravidez que poderá ser enriquecida pela dimensão corporal, como os nossos resultados parecem sugerir.

Passando a analisar os resultados obtidos na **Relação Mãe-Bebé** relativamente à *gravidez planeada* e à *gravidez desejada* (reação *feliz* e reação *preocupada* à gravidez), não foi encontrada qualquer diferença significativa no *Envolvimento emocional com o bebé* nem na *Construção da identidade materna*, relativamente à *gravidez desejada* (reação *feliz* à gravidez) e à *gravidez planeada*, à semelhança de outros estudos (Mendes, 2002; Kemp & Page, 1987). Assim, verificamos que as dimensões relativas à relação mãe-bebé avaliadas pelo *Maternal-Fetal Attachment Scale* parecem não ser muito sensíveis a estas duas variáveis (“*gravidez planeada*” e reação “*feliz*” à gravidez).

No entanto, quando consideramos a avaliação da relação mãe-bebé a partir da dimensão *Vinculação prenatal*, encontramos valores mais elevados, quer nas grávidas que planearam a sua gravidez, quer nas grávidas que referem ter-se sentido “*muito felizes*” com a notícia da gravidez, o que poderá estar associado à qualidade do próprio instrumento, fundado em pressupostos teóricos mais robustos e mais adequados à compreensão do processo de construção da relação mãe-bebé na gravidez. Aliás, Condon e Esuvaranathan (1990), utilizando este mesmo instrumento, encontraram também valores mais elevados de *Vinculação prenatal* nas grávidas que planearam a sua gravidez.

Estes resultados relativos ao efeito das variáveis *gravidez desejada* e *gravidez planeada* na Relação Mãe-Bebé, sugerem que a *Vinculação prenatal* (a partir do *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale*) será mais sensível a estas variáveis do que as dimensões *Construção da identidade materna* e *Envolvimento emocional com o bebé* (pelo *Maternal-Fetal Attachment Scale*). De facto, a avaliação da Relação Mãe-Bebé pelo *Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale* tem-se mostrado sensível ao grau de planeamento da gravidez (Condon & Esuvaranathan, 1990), ao contrário dos estudos que recorrem ao *Maternal-Fetal Attachment Scale* (Kemp & Page, 1987; Mendes, 2002).

Por fim, quando abordamos o segundo indicador de “*gravidez desejada*”, observamos que as grávidas que referem ter encarado com “*preocupação*” a notícia da gravidez, evidenciam sistematicamente valores mais baixos em todas as dimensões da Relação

Mãe-Bebé do que as grávidas que não sentiram “*preocupação*” perante a notícia da gravidez.

Esta variável parece assim evidenciar uma maior sensibilidade do que a reacção “*feliz*” e o planeamento da gravidez, o que poderá significar que a *preocupação* com a notícia da gravidez não está tão sujeita à desejabilidade social. É naturalmente mais “fácil” a uma mulher que, quer tenha ou não planeado/desejado, tem efectivamente uma gravidez em curso, assumir que ficou “*muito preocupada*” com a notícia da gravidez, do que assumir que não ficou “*nada feliz*” com a notícia da gravidez.

Portanto, poderemos assim considerar que uma reacção inicial *preocupada* perante a notícia da gravidez poderá constituir um bom indicador do facto desta não ter sido desejada.

Estes resultados poderão ser melhor compreendidos se nos lembrarmos que a reacção inicial à gravidez poderá traduzir uma atitude mais positiva perante a maternidade (Grossman et al, 1980) e a construção da relação com o bebé. Deste modo, a *preocupação* inicial perante a notícia de gravidez poderá reflectir uma atitude negativa perante a gravidez e a maternidade. Assim, a ausência de preocupação perante a notícia de gravidez poderá reflectir uma aceitação do projecto de maternidade, constituindo-se como um indicador sensível de uma gravidez desejada.

Em relação à **Vivência Corporal**, tal como esperado (H8), a *Vivência do corpo grávido* mostrou-se mais positiva nas gravidezes planeadas e desejadas, evidenciando diferenças significativas em relação às três variáveis aqui consideradas.

Deste modo, as grávidas que referem ter-se sentido “*muito felizes*” e ter encarado sem “*preocupação*” a notícia da gravidez, e as que referem ter *planeado* a actual gravidez, evidenciam valores mais elevados na avaliação da *Vivência do corpo grávido*. Estes resultados estão em consonância com Mendonça (2003) que estabeleceu uma associação entre a imagem corporal (gravídica) e o planeamento e a aceitação da gravidez, e com Deave (2005) que, encontrou uma correlação entre o planeamento da gravidez e a vivência positiva da gravidez (que está, intimamente associada à sua vivência corporal).

Estes resultados reforçam a estreita ligação entre o processo de aceitação da gravidez e a sua vivência corporal. Deste modo, a forma como a grávida sente as experiências e

transformações corporais da gravidez pode dizer-nos muito sobre a forma como está a lidar com esta tarefa desenvolvimental. Esta ligação entre o desejo e a aceitação / identificação com a gravidez e a *Vivência do corpo grávido*, é melhor ilustrada pela própria constituição deste factor com itens como “*sinto-me muito vaidosa com o formato da minha barriga*” ou “*fico satisfeita quando as pessoas notam que estou grávida*”, que se referem à forma como a grávida valoriza e se identifica com o “novo corpo” - destacando-se o significado atribuído à “barriga grávida” -, assumindo-o e identificando-se com ele. De facto, a vivência positiva desse corpo grávido remete claramente para uma identificação com a gravidez e a maternidade. A exploração e a promoção da imagem corporal gravídica poderá constituir então uma forma de promover a aceitação da gravidez e a relação com o bebé. Se a mulher grávida conseguir sentir-se bem no seu corpo grávido, vendo-o como bonito e feminino, reduzirá muito as dificuldades de se identificar com a gravidez (Leifer, 1980).

Para terminar esta análise da influência do planeamento e do desejo da gravidez na Vivência Corporal, é importante referir que, ao contrário da *Vivência do corpo grávido*, a *Vivência positiva do corpo*, não variou quanto à avaliação do planeamento da gravidez ou quanto à avaliação do desejo da gravidez a partir da reacção “feliz” à gravidez. Foram, no entanto, encontradas diferenças, nesta dimensão corporal, quanto à “preocupação” perante a notícia da gravidez (no sentido esperado), reforçando a maior capacidade discriminativa deste indicador de *gravidez desejada*.

Deste modo, as grávidas que referem ter encarado com “*preocupação*” a notícia da gravidez, evidenciam valores mais baixos de *Vivência positiva do corpo* do que as grávidas que não referem qualquer *preocupação* perante a notícia da gravidez. Este resultado poderá atribuir-se ao próprio estilo cognitivo-emocional das grávidas, em que as grávidas com estrutura mais *depressiva* tanto apresentam uma vivência do corpo menos positiva como reacções de maior preocupação perante a gravidez.

Podemos ainda considerar que a *preocupação* inicial perante a notícia de gravidez, ao reflectir uma atitude negativa perante a gravidez e a maternidade (como já tinha sido sugerido) ou, pelo menos, alguma ambivalência em relação ao investimento numa gravidez (ainda que essa ambivalência possa ser específica de um momento e contexto particular), poderá sugerir que uma aceitação plena de um projecto de maternidade

(desejo de gravidez) estará associada a uma relação positiva com o próprio corpo, patente na sua associação à *Vivência positiva do corpo*.

Assim, a ausência de preocupação perante a notícia de gravidez (tomada como um indicador de uma gravidez desejada), poderá reflectir uma aceitação do projecto de maternidade, pelo que a sua associação à *Vivência positiva do corpo* poderá remeter para a importância de uma relação positiva consigo própria no desejo da gravidez, explicando que as grávidas que referem ter encarado com “*preocupação*” a notícia da gravidez, evidenciassem também valores mais baixos de *Vivência positiva do corpo* do que as grávidas que não apresentaram qualquer *preocupação* inicial⁵¹.

Assim, este resultado poderá indicar que a relação com o *self*, alicerce da Identidade (aqui expressa na *Vivência positiva do corpo*, tal como foi conceptualizada neste estudo) está relacionada com o desejo da gravidez, sugerindo que, um projecto adaptativo de maternidade, se inscreveria numa boa relação consigo própria.

Tal como as teorias do desenvolvimento psicossocial têm enfatizado que a construção de uma relação de intimidade implica o estabelecimento prévio de uma estrutura de identidade, referindo-se ao contexto amoroso (Erikson, 1950; Costa, 2005), isto aplicar-se-á naturalmente, e por maioria de razão, à relação parental por excelência, em que a qualidade da relação materna se inscreverá numa estrutura de identidade estabelecida. Esta associação entre o nível de desenvolvimento psicossocial materno e a competência parental (em sentido lato), tem sido, aliás, largamente fundamentada pela prolífera investigação no domínio da maternidade adolescente. Esta relação poderá estender-se à compreensão da maternidade adulta, pois, sabemos que as questões da identidade não se esgotam na adolescência, podendo uma mulher adulta, e independentemente da idade, apresentar dificuldades psicossociais diversas que lhe dificultarão o envolvimento no projecto da maternidade. Assim, podemos admitir, por

⁵¹ Este resultado poderá atribuir-se também ao próprio significado atribuído à noção de preocupação que tanto poderá remeter para um forte sentido de responsabilidade relativamente à gravidez, como poderá estar associado a noções de medo, apreensão, ansiedade, possíveis indicadores de um estilo cognitivo-emocional depressivo. Por esta ordem de ideias, estas grávidas mais “ansiosas” tanto poderiam apresentar maior preocupação perante a gravidez como também uma vivência do corpo menos positiva, não implicando necessariamente uma interpretação causal para este resultado, que poderá reflectir processos correlacionais com variáveis explicativas comuns às duas variáveis.

exemplo, um maior risco de relações parentais fusionais, quando as questões da identidade não foram já minimamente resolvidas pela mulher.

Esta interpretação que relaciona o desejo da gravidez com a Vivência Corporal, fará tanto mais sentido se nos lembrarmos que uma pior relação com o corpo poderá também dificultar a “entrega” e a “partilha” inerentes ao investimento emocional na gravidez e na relação mãe-bebé (e que é, em larga medida, uma entrega e uma partilha do próprio corpo, quando pensamos na especificidade da experiência gravídica). Assim, poderemos considerar que esta “partilha” do corpo será dificultada quando a relação construída com o corpo é pautada pela insatisfação ou quando as questões da aparência são sobrevalorizadas pela mulher. E que esta dificuldade ou ambivalência relativamente ao projecto de gravidez (expressa na *preocupação* perante a gravidez) será então potenciada perante uma relação com o corpo menos positiva. Assim, podemos especular que o desejo de gravidez implique uma boa relação consigo própria de um modo geral, e uma boa relação com o corpo, em particular.

Assim, o “*verdadeiro*” desejo da gravidez (independentemente do seu planeamento que poderá estar mais ligado a factores socioculturais), associado a um projecto adaptativo de maternidade, inscrever-se-á numa relação *positiva* com o *self*, implicando um nível de desenvolvimento psicossocial capaz de resolver as tarefas psicológicas da maternidade⁵². Podemos considerar a relação com o corpo como um indicador da qualidade dessa relação com o *self* (particularmente pertinente na compreensão da adaptação à gravidez), e compreender a sua associação ao desejo da gravidez em termos do enquadramento do projecto de maternidade no percurso de desenvolvimento psicológico da mulher.

Uma variável que considerámos poder estar relacionada com o planeamento e o desejo da gravidez, mas cuja influência na Relação Mãe-Bebé e na Vivência do Corpo pretendíamos compreender melhor, prende-se com a experiência da ***dificuldade em engravidar***, esperando-se que a dificuldade em engravidar pudesse exacerbar o desejo e o planeamento da gravidez.

⁵² Reportando-se á gravidez, Lis, Zennaro, Mazzeschi e Pinto (2004) estabeleceram uma associação entre os sentimentos e atitudes face ao bebé dos pais, e o seu funcionamento reflexivo que poderá ser considerado como um indicador do desenvolvimento psicológico.

Relativamente à **Relação Mãe-Bebé**, foram encontrados, tal como esperado (H4), valores significativamente mais elevados nas grávidas que sentiram dificuldade em engravidar, tanto na dimensão *Construção da identidade materna* como no factor *Envolvimento emocional com o bebé* (mas não na *Vinculação prenatal*, o que se poderá atribuir ao reduzido número de grávidas que, na nossa amostra, se encontravam nestas circunstâncias). Estas diferenças mantiveram-se estatisticamente significativas depois de se ter controlado o efeito das variáveis “*gravidez planeada*” e “*gravidez desejada*” sobre estas subescalas, o que sugere que o efeito desta variável sobre a Relação Mãe-Bebé não é totalmente explicado pelo seu efeito no desejo e no planeamento da gravidez, e que a dificuldade em engravidar exerce uma influência mais ampla na construção daquelas dimensões da Relação Mãe-Bebé, que, poderá ser explicada pela antecipação e intensificação do investimento emocional e comportamental que a dificuldade implica, confrontando a grávida com dificuldades e ansiedades antecipadas e intensificadas sobre a própria competência parental, que parecem assim despoletar o próprio processo de *Construção da identidade materna* e de *Envolvimento emocional com o bebé*. Assim, as diferenças encontradas entre as grávidas que tiveram dificuldade em engravidar e as que não tiveram, designadamente em termos de *Construção da identidade materna* e de *Envolvimento emocional com o bebé*, sugerem que estes processo de desenvolvimento da relação mãe-bebé poderão ter início anterior à própria concepção, associado a todo o investimento para engravidar. As mulheres que tiveram que esperar e / ou *esforçar-se* por engravidar, puderam iniciar o processo de se imaginarem como grávidas e como mães e de imaginarem os seus bebés ainda antes da própria concepção / gravidez ocorrer, o que, no entanto, só poderá ser confirmado num estudo comparativo que inicie a sua avaliação longitudinal antes da própria gravidez. Foram conduzidas análises complementares que confirmaram que as diferenças na Relação Mãe-Bebé em função desta variável se verificam desde o primeiro trimestre de gravidez (ainda que se atenuem ao longo da gravidez), permitindo reforçar aquela interpretação e evidenciar a importância de serem considerados os significados e as motivações associadas à gravidez em estudos futuros, em que uma metodologia qualitativa será o mais adequado, de preferência num estudo comparativo que inicie a sua avaliação longitudinal antes da própria gravidez.

Na avaliação da **Relação com o corpo**, não foram, no entanto, encontradas diferenças em qualquer das subescalas, nas grávidas que sentiram dificuldade em engravidar, indicando que a dificuldade em engravidar não influencia a vivência do corpo. Este resultado poderá no entanto indicar que o eventual impacto negativo da dificuldade em engravidar na vivência do corpo, pode ter sido compensado pela sua associação ao desejo de gravidez que, como já vimos, promove uma vivência mais positiva das experiências corporais na gravidez, esbatendo assim aquele impacto negativo da dificuldade em engravidar.

Uma última variável relativa às circunstâncias gravídicas que nos importava compreender prende-se com o impacto da experiência de uma **gravidez de risco** na resolução das tarefas da maternidade, uma vez que, apesar dos estudos encontrarem recorrentemente uma ausência de diferenças quanto a esta variável, considera-se que esta experiência imprime à gravidez uma dinâmica emocional muito própria que afectaria o processo de construção da Relação Mãe-Bebé.

Analisando os resultados obtidos, constatou-se um efeito desta variável na **Relação Mãe-Bebé**, nomeadamente na avaliação da dimensão *Construção da identidade materna*, evidenciando que as grávidas com *risco moderado* associado à gravidez apresentam as médias mais altas nesta dimensão, enquanto que as grávidas com *risco elevado* apresentam as médias mais baixas, ambas distinguindo-se das grávidas sem percepção de risco gravídico, que apresentaram os valores intermédios nesta dimensão da Relação Mãe-Bebé.

O efeito encontrado neste estudo entre a *Construção da identidade materna* e a gravidez de *risco elevado*, é consistente com as abordagens teóricas apresentadas que têm descrito as grávidas de risco como evitando a relação mãe-bebé até que a viabilidade da gravidez seja confirmada (Muller, 1992; Laxton-Kane & Slade, 2002; Cranley, 1981). Assim, podemos considerar que a gravidez de *risco elevado* poderá induzir um medo de idealização e de antecipação da Relação Mãe-Bebé com consequências na *Construção da identidade materna*, pelo menos numa fase inicial da

gravidez⁵³, o que permite fundamentar o reconhecimento deste grupo como um alvo preferencial em termos de intervenção psicológica. Estes dados são de alguma forma consistentes com o estudo de Berryman e Windridge (1996) que encontraram valores de Relação Mãe-Bebé mais baixos no grupo de grávidas com idade superior a 35 anos, comparando com um grupo de grávidas dos 20-29 anos. Estes autores atribuíram estas diferenças (que também desapareceram no final da gravidez), ao maior risco de gravidez em idades mais avançadas e consequentemente, a uma protecção pessoal de uma possível perda perinatal que é mais provável no início da gravidez, ainda que, no nosso estudo, estas grávidas não se diferenciem relativamente ao *Envolvimento emocional com o bebé* ou à *Vinculação prenatal*, o que se poderá atribuir, uma vez mais, ao reduzido número de grávidas nestas condições na nossa amostra, que, dificultará a emergência de efeitos significativos.

De destacar, no entanto, paradoxalmente, um outro resultado encontrado, em que, pelo contrário, são as grávidas com percepção de *risco moderado* associado à gravidez que apresentam as médias mais elevadas em qualquer das dimensões da relação mãe-bebé.

Apesar de não encontrarmos estudos que explorem esta variável, podemos tentar interpretar este resultado em termos do confronto da grávida com a possibilidade de risco associado à gravidez, que poderá ter potenciado e antecipado alguns dos processos psicológicos envolvidos na construção desta relação parental com o bebé (como a preocupação com o bem-estar e o desenvolvimento do bebé) que, sendo próprias de qualquer gravidez, assumem nestes casos um significado e uma dinâmica emocional particulares⁵⁴. No entanto, este processo só parece ocorrer desde que este risco não seja tão elevado que comprometa a própria viabilidade do bebé / da gravidez (como numa situação de *risco elevado*).

⁵³ Foi possível verificar em análises suplementares conduzidas que as diferenças na Relação Mãe-Bebé das grávidas com percepção de risco elevado, ainda que seja significativa no 1º e no 2º trimestres de gravidez, deixam de ser significativas no 3º trimestre.

⁵⁴ Outros processos de construção da relação mãe-bebé poderão ser potenciados perante uma situação de risco *moderado* como conhecer a especificidade e a individualidade do bebé, aceitar o bebé nas suas qualidades mas também nos seus problemas e limitações ("do bebé perfeito e idealizado, ao bebé concreto"), disponibilidade para se "dar" e abdicar de si em função dos interesses e necessidades específicos do bebé, etc.

Assim, estes nossos resultados poderão ajudar a compreender melhor as dificuldades de confirmar empiricamente os pressupostos teóricos que têm vindo a valorizar a influência de uma gravidez de risco na Relação Mãe-Bebé (Muller, 1992; Cranley, 1993; Laxton-Kane & Slade, 2002). Desta forma, privilegiando as percepções subjectivas do risco em vez dos diagnósticos médicos ou outros indicadores “externos” mais objectivos⁵⁵, foi-nos possível, de facto, compreender melhor o impacto de uma gravidez de risco na resolução das tarefas psicológicas da gravidez.

Estes resultados sugerem, ainda, que será importante ter em conta a distinção entre uma percepção de risco “elevado” ou de risco “moderado” que nos proporcionou esta compreensão do impacto diferencial sobre os processos psicológicos envolvidos na associação entre esta condição obstétrica e a adaptação à gravidez em geral (e na resolução das suas tarefas específicas, em particular), distinção essa que, os estudos neste domínio – enraizados que estão na lógica do acompanhamento médico – têm falhado em explorar, não valorizando a avaliação subjectiva da própria grávida, o que seria importante explorar melhor em estudos futuros que recorram a procedimentos comparativos que proporcionem resultados mais robustos. Um estudo qualitativo que explorasse os significados e as percepções associadas a diferentes condições obstétricas poderia também proporcionar um contributo importante na compreensão do seu impacto na vivência da gravidez e na resolução das suas tarefas. Seria também pertinente explorar em que medida esta percepção de risco poderá estar relacionada com variáveis psicossociais, como por exemplo, o estilo cognitivo-emocional da grávida ou os modelos internos dinâmicos de si próprio e/ou do mundo e dos outros.

Importante ainda destacar o facto de se ter encontrado um efeito da percepção de risco, e não da realização da amniocentese, sobre as dimensões da relação mãe-bebé, o que reforça a nossa opção pela valorização das percepções subjectivas sobre a avaliação objectiva do risco. Este resultado deve ser interpretado com cautela perante o

⁵⁵ Assim, a ausência de diferenças - que é recorrente nos estudos que têm comparado grávidas quanto à sua situação de risco obstétrico, poderá atribuir-se ao facto de estes estudos considerarem a gravidez de risco, ou como um grupo único / indiferenciado, ou então diferenciado apenas de acordo com critérios médicos (Chazotte et al, 1995).

número reduzido de participantes sujeitas a amniocentese na nossa amostra, até porque outros estudos têm evidenciando um efeito negativo da amniocentese no desenvolvimento da relação mãe-bebé (Heidrich & Cranley, 1989; Caccia et al, 1991; Phipps & Zimm, 1986).

Seria interessante aprofundar o estudo desta associação, avaliando o impacto de um diagnóstico positivo de malformação fetal na relação mãe-bebé, bem como a influência da vinculação prenatal na decisão do casal expectante de interrupção ou não da gravidez, perante um eventual diagnóstico positivo de malformação, sendo indispensável o recurso a uma amostra mais alargada que inclua grávidas em circunstâncias gravídicas mais heterogéneas.

Em síntese,

O estudo desenvolvido permitiu-nos identificar a importância da *paridade* e da *preocupação* perante a notícia da gravidez na compreensão da **Relação Mãe-Bebé** (nas suas diferentes dimensões). Considerando apenas a *Vinculação prenatal*, foi possível ainda acrescentar suplementarmente algumas discriminações mais finas que só este instrumento permitiu evidenciar, nomeadamente em relação ao *planeamento* da gravidez e à reacção *feliz* à notícia da gravidez. As restantes dimensões da Relação Mãe-Bebé (*Construção da identidade materna* e *Envolvimento emocional com o bebé*) permitiram ainda identificar outros aspectos envolvidos na construção da Relação Mãe-Bebé, nomeadamente a história de *depressão*, a *dificuldade em engravidar* e a *gravidez de risco*, o que reforça a pertinência desta avaliação mais alargada e complementar da Relação Mãe-Bebé, em que, cada uma das dimensões apresenta um contributo relevante, aparecendo como distintas mas complementares.

Por outro lado, o facto de estas dimensões apresentarem valores diferenciados quanto à maioria das variáveis gravídicas, mas não em relação à maioria das variáveis sociodemográficas, pode contribuir para a sua validade de constructo na medida em que a qualidade da Relação Mãe-Bebé será uma dimensão mais central e nuclear, menos dependente das características sociodemográficas da grávida e mais das suas características psicossociais e relativas às atitudes face à gravidez e à maternidade.

A análise da Relação Mãe-Bebé desenvolvida, permitiu-nos assim estabelecer um conjunto de distinções finas e relevantes em relação a variáveis que se considerou serem importantes para a compreensão desta tarefa desenvolvimental da gravidez.

Também as diferentes **dimensões corporais** parecem abordar aspectos relevantes do ponto de vista da nossa amostra, permitindo ambas distinguir as grávidas quanto à *paridade* e quanto ao *desejo da gravidez* que são sem dúvida aspectos relevantes na compreensão da experiência gravídica. Estas dimensões completam-se ainda de alguma forma, ao permitirem estabelecer de forma mais específica relações com determinadas variáveis do contexto sociodemográfico e gravídico, designadamente a influência da *idade*, do *planeamento da gravidez* e da *reação feliz à gravidez* na qualidade da *Vivência do corpo grávido*, e a influência da *escolaridade*, do *apoio social* e da *depressão* sobre a *Vivência positiva do corpo*. Esta última dimensão parece estar de facto relacionada com aspectos mais estruturantes e menos específicos da gravidez, provavelmente precedendo-a, enquanto que a primeira evidencia a sua maior sensibilidade às variáveis gravídicas, tal como seria de esperar, na medida em que avalia especificamente a *Vivência do corpo grávido*. Deste modo, podemos considerar que estas dimensões não serão redundantes entre si, permitindo contribuir de forma diferenciada mas complementar para a compreensão da vivência do corpo na gravidez, na medida em que postulámos que esta vivência seria influenciada pela relação com o corpo estabelecida ao longo do percurso desenvolvimental da mulher, precedendo em larga medida a própria gravidez, mas apresentando ainda especificidades e desafios particulares associados às transformações físicas e às implicações relacionais e emocionais / psicossociais da gravidez.

O facto do factor *Vivência do corpo grávido* apresentar médias significativamente mais elevadas entre as grávidas primíparas, as grávidas cuja gravidez foi planeada e as que receberam a notícia da gravidez com uma reacção muito feliz e nada preocupada, permite também associar este factor a um maior envolvimento emocional com a gravidez, reforçando a noção de que a forma como é vivenciado o corpo grávido é um componente psicológico central da vivência da gravidez. É portanto através da forma como a grávida sente e partilha (mostrando) as suas transformações corporais, que está patente a forma como ela está também a sentir (e a partilhar) a sua própria gravidez. Assim, os nossos dados parecem evidenciar uma ligação estreita entre a aceitação da gravidez e a *Vivência do corpo grávido*. A vivência do corpo é uma forma de aceder à qualidade desta vivência da gravidez, pois a forma como a grávida sente

as experiências e transformações corporais pode dizer-nos muito sobre a forma como está a lidar com esta tarefa desenvolvimental.

Concluindo, podemos considerar que estes resultados nos proporcionam elementos relevantes de compreensão quer do processo de construção da Relação Mãe-Bebé na gravidez, quer do papel da Vivência Corporal nesta transição, tendo sido possível encontrar dados que nos deram uma perspectiva mais completa e, em certos aspectos, inovadora, sobre estes processos psicológicos envolvidos na experiência da gravidez.

7.1.3. Desenvolvimento da relação mãe-bebé na gravidez em função do tempo e das experiências gravídicas

Na compreensão da Relação Mãe-Bebé, um aspecto central decorrente da forma como a conceptualizámos em termos de uma relação de vinculação parental, é a sua natureza processual e desenvolvimental, entendida como uma dimensão psicológica construída ao longo do tempo e das experiências significativas que atravessam o processo gravídico (ainda que alicerçadas em estruturas psicológicas desenvolvimental e relacionalmente construídas que precedem a própria gravidez). Portanto, conceptualizar o desenvolvimento da relação mãe-bebé na gravidez, à luz das teorias da vinculação, e em termos de um processo de desenvolvimento psicológico da grávida, implica conceber a construção desta relação como um processo gradual.

No entanto, ainda que esta proposta seja de um modo geral aceite (Laxton-Kane & Slade, 2002; Grace, 1989; Muller, 1992; Cranley, 1981), a sua fundamentação empírica está longe de ser conclusiva, pelo que se considerou pertinente incluir neste estudo a exploração de mudanças desenvolvimentais nas dimensões da Relação Mãe-Bebé ao longo da gravidez, operacionalizada quer num procedimento transversal constituído por grávidas em diferentes períodos do processo gravídico, quer por um procedimento longitudinal (constituído por um grupo de primíparas avaliado em diferentes momentos ao longo da gravidez), a partir dos quais se analisaram as diferenças de média entre a fases iniciais e finais da gravidez. Assim, para explorar esta hipótese, foi analisado o efeito do trimestre de gestação e das experiências gravídicas (percepção de movimentos fetais e realização de ecografias) na Relação Mãe-Bebé.

Na análise da estabilidade vs. mudança na Relação Mãe-Bebé entre diferentes períodos do processo gravídico, em termos da ***influência do trimestre de gravidez*** na relação mãe-bebé, pudemos observar que os resultados relativos ao *Envolvimento emocional com o bebé* e à *Vinculação prenatal* parecem suportar a nossa hipótese, mas não os resultados relativos à *Construção da identidade materna*.

Começando por analisar as dimensões em que foi possível identificar mudanças / diferenças, verificou-se que, quer o *Envolvimento emocional com o bebé*, quer a *Vinculação prenatal*, apresentam, de um modo geral, médias mais elevadas no final do que no início da gravidez, em ambos os estudos conduzidos, o que é consistente com outros estudos neste domínio (Sjogren et al, 2004; LoBiondo-Wood, 1985; Phipps & Zimm, 1986; Staiton, 1990; Vito, 1986; Grace, 1989; Mikulincer & Florian, 1999; Muller, 1992; Laxton-Kane & Slade, 2002; Cannella, 2005; Righetti et al, 2005).

Analisando de forma mais aprofundada a diferença de médias nestas dimensões, encontramos, no entanto, padrões de mudança distintos. O *Envolvimento emocional com o bebé* parece apresentar uma evolução mais contínua, gradual e progressiva ao longo do processo gravídico, em comparação com a *Vinculação prenatal*, que evidencia um padrão de mudança um pouco diferente, parecendo haver uma descontinuidade pelo segundo trimestre de gestação, altura em que o ritmo de evolução parece abrandar.

Na análise do ***Envolvimento emocional com o bebé***, as médias apresentaram-se significativamente diferentes entre o 1º e o 3º trimestre (estudo transversal), ainda que, a partir da análise longitudinal, seja possível observar uma mudança significativa entre o 2º e o 3º trimestre (pelo menos nas primíparas que constituem esta amostra). Portanto, tal como esperado, e em conformidade com outros estudos (Grace, 1989; Mikulincer & Florian, 1999; Muller, 1992; Sjogren et al, 2004), estes resultados sugerem que esta dimensão se desenvolve ao longo do processo gravídico, o que é consistente com a sua conceptualização em termos de uma tarefa de desenvolvimento psicológico prenatal que atravessa a gravidez, aumentando até ao terceiro trimestre (e que logicamente não terminará a sua evolução com o final deste período). Este processo de

construção de uma relação com um filho, caracteriza-se por mudanças recorrentes, assumindo diferentes configurações ao longo do percurso desenvolvimental do filho e da mãe, mas também da sua família e do seu contexto de desenvolvimento mais alargado.

Por outro lado, quando atentamos na **Vinculação prenatal**, as diferenças de médias são significativas entre o 1º trimestre e os outros dois trimestres de gravidez (mas não entre estes), observando-se uma estabilização a partir do 2º trimestre. Este padrão emergiu tanto no estudo transversal como no estudo longitudinal, reforçando este resultado que é consistente com o estudo de Righetti e colaboradores (2005) com o mesmo instrumento. Este resultado poderá sugerir que as transformações corporais que se fazem sentir neste período terão um peso importante nesta dimensão.

Depois de reflectirmos sobre as dimensões da Relação Mãe-Bebé que parecem mudar ao longo do processo gravídico, importa também discutir a estabilidade encontrada em relação à **Construção da identidade materna**, que apresenta valores muito elevados desde o 1º trimestre de gravidez, não evidenciando qualquer mudança significativa ao longo da gravidez (parecendo estar a reflectir um efeito de tecto) e que foi observada quer na análise transversal quer na análise longitudinal da relação mãe-bebé.

É importante começar por referir que este resultado é consistente com a investigação desenvolvida neste domínio, sendo de destacar o estudo longitudinal de Grace (1989) que permitiu à autora concluir que a subescala *Construção da identidade materna*⁵⁶, se demarcou em relação às restantes subescalas da Relação Mãe-Bebé aí consideradas, precisamente pela sua maior estabilidade ao longo do processo gravídico. Também Fleming e Corter (1988), apesar de terem encontrado um aumento dos sentimentos de vinculação ao bebé ao longo da gravidez, não encontraram qualquer mudança nos sentimentos acerca de si como figura cuidadora (*caretaking*) ou nos sentimentos de competência materna, reforçando a validade do resultado por nós encontrado, o que nos leva a colocar a hipótese de que toda a gravidez corresponderia a uma fase de idealização e exploração, como um período de moratória que, sendo necessário, não é

⁵⁶ Que a autora refere em termos de "*Roletaking*" (tal como no original), numa dimensão que a nossa adaptação deste instrumento reproduziu de forma bastante fiel, tendo-se adaptado apenas a sua designação para a adequar à versão portuguesa do instrumento.

suficiente para a *Construção da identidade materna*, que só seria concretizada e actualizada de forma significativa no confronto com o bebé “real” após o parto.

De acordo com outros estudos que evidenciam uma grande variação individual no processo de construção desta dimensão da Relação Mãe-Bebé (Grace, 1989), podemos também colocar a hipótese de que esta dimensão apresentará uma variação intersujeitos mais marcada, em que se perde o efeito do trimestre sobre a sua evolução.

De um modo geral, podemos então concluir que estes resultados suportam a conceptualização da Relação Mãe-Bebé como um processo desenvolvimental em que, tanto o *Envolvimento emocional com o bebé* como a *Vinculação prenatal* aumentam ao longo da gravidez.

Deste modo, a gravidez surge, não como um “período de espera” ou um “não-acontecimento”, mas sim como um período caracterizado por uma oportunidade de desenvolvimento, atravessado por significados e emoções intensos e constituído por processos psicológicos tão importantes como os que estão na base da construção da ligação única entre uma mãe e o seu filho.

A ***percepção dos movimentos fetais*** é um aspecto importante, decorrente da forma como foi conceptualizada a relação mãe-bebé. De acordo com a revisão de literatura realizada, os movimentos fetais têm sido considerados como um factor chave no desenvolvimento da vinculação prenatal (Reading, 1983; Rubin, 1984), na medida em que esta experiência contribuiria para o processo de identificação / reconhecimento do bebé (objecto de vinculação), o que constitui uma condição essencial para a construção da relação mãe-bebé (Laxton-Kane & Slade, 2002).

E de facto, analisando-se o efeito das experiências gravídicas nas diferentes dimensões da relação mãe-bebé, começou por se encontrar diferenças significativas na *Vinculação prenatal*, de acordo com o esperado e consistente com os diferentes estudos que têm concluído que a relação mãe-bebé aumenta após a percepção dos movimentos fetais (Leifer, 1980; Cranley, 1993; Reading et al, 1984; Zeanah, Carr & Wolk, 1990; Laxton-Kane & Slade, 2002; Fleming et al, 1997; Grace, 1989), ainda que, nas restantes dimensões da relação mãe-bebé, este efeito não tivesse sido observado.

No entanto, depois de controlado o tempo de gravidez (como covariante), aquelas diferenças deixaram de ser significativas, sugerindo que o efeito da *percepção de movimentos fetais* sobre a *Vinculação prenatal* estaria a reflectir, não a influência dos movimentos fetais em si, mas sim o efeito camuflado do próprio tempo de gravidez. Assim, este estudo não evidenciou diferenças em qualquer das dimensões da Relação Mãe-Bebé quanto à percepção de movimentos fetais, contrastando com as hipóteses formuladas, os estudos revistos e a compreensão dos movimentos fetais em termos de experiências significativas com impacto na construção da Relação Mãe-Bebé.

No mesmo sentido apontam os resultados relativos à influência da **ecografia** na Relação Mãe-Bebé, pois, apesar de se ter considerado que esta experiência proporcionaria uma oportunidade única de a grávida “ver” o seu bebé pela 1ª vez, o que poderia promover a construção da própria representação do bebé (Righetti et al, 2005), observou-se, pelo contrário, que esta variável não exerceu efeito sobre qualquer das dimensões da relação mãe-bebé, o que poderá ser atribuído ao facto de esta experiência constituir actualmente um procedimento de rotina que, muito pouco depende da vontade da grávida, estando a ecografia cada vez mais enquadrada num sistema de vigilância médica rígido e pré-definido independentemente das suas circunstâncias psicossociais (o que será particularmente marcado no contexto hospitalar em que decorreu a recolha de dados).

E, de facto, se em observações clínicas é frequente a descrição de um aumento da consciência do *bebé* após visualização por ecografia (Fletcher & Evans, 1983; Kohn et al, 1980; Milne & Rich, 1981; Carneiro, 1993), havendo até autores que testam com sucesso a utilização de fotografias do bebé para promoção do *maternal-infant bonding* (Huckabay, 1999), a investigação sobre a relação entre a vinculação prenatal e as ecografias tem tido resultados um pouco contraditórios, em que tanto encontramos estudos que concluem não haver uma relação entre estas variáveis (Baillie et al, 1999; Heidrich & Cranley, 1989; Kemp e Page, 1987), como outros com metodologias diferentes (mais qualitativas), parecem sugerir o contrário (Gloger-Tippelt, 1988; Dykes & Stjernquist, 2001; Kohn, Nelson & Weener, 1980; Milne & Rich, 1981), reforçando as descrições clínicas referidas. Deste modo, os estudos que recorrem a metodologias qualitativas para comparar indicadores da relação mãe-bebé antes e depois do exame ecográfico, sugerem que esta experiência induz alterações na consciência materna do

bebé relativamente à “realidade” do bebé e à antecipação do “futuro” bebé (Dykes & Stjernquist, 2001), e sentimentos mais positivos e de maior proximidade com o bebé (Kohn, Nelson & Weener, 1980; Milne & Rich, 1981) que poderão ser considerados indicadores relevantes da relação mãe-bebé, evidenciando resultados consistentes com as hipóteses iniciais relativas à importância desta variável⁵⁷.

Assim, para melhor se compreender a influência da ecografia e dos movimentos fetais na construção da relação mãe-bebé, as metodologias qualitativas longitudinais parecem ser as mais adequadas. No caso da ecografia, a utilização de um grupo de controlo permitiria também compreender melhor estes processos, mas a actual generalização deste exame inviabiliza este procedimento metodológico.

Estes resultados, se por um lado, nos levam a questionar a forma simplista como estas variáveis foram avaliadas em termos da grávida “*já ter sentido o bebé?*” e “*já ter realizado alguma ecografia?*” em itens isolados que poderão não aceder à importância e ao significado destas experiências gravídicas, por outro lado, estes resultados levam-nos também a interrogarmo-nos sobre que variáveis estarão associadas a este processo de construção da relação mãe-bebé, questões a que procuraremos dar resposta ao longo de todo este trabalho.

No final desta análise, afigura-se-nos ainda como pertinente questionar a organização do período gravídico em trimestres que, apesar de generalizada, nos parece poder não dar conta de modo capaz das *nuances* desenvolvimentais que atravessam este processo. As limitações na nossa análise desenvolvimental poderão em parte ser explicadas pela artificialidade desta divisão por trimestres, que acaba por reunir num mesmo grupo, diferentes fases vivenciais da gravidez, não permitindo aceder de forma sensível e fina à dimensão desenvolvimental e processual que o processo gravídico encerra, e que se “perde” na organização mais “grosseira” em trimestres, reunindo de

⁵⁷ De qualquer forma, os efeitos positivos encontrados entre as ecografias e a relação mãe-bebé nos estudos longitudinais ou transversais que encontram diferenças entre avaliações em momentos diferentes do processo gravídico, poderão ser atribuídos ao normal desenvolvimento das atitudes em relação ao bebé, ao longo da gravidez, e o efeito encontrado pela comparação da experiência da grávida relativamente ao bebé antes e depois da ecografia, poderá eventualmente ser considerado um efeito “passageiro” decorrente do momento específico em que as grávidas foram avaliadas.

forma relativamente indiscriminada diferentes fases processuais do desenvolvimento psicológico que ocorre ao longo da gestação.

7.1.4. Variáveis psicossociais envolvidas na vivência da gravidez

Depois desta reflexão desenvolvida em torno da sua componente processual / desenvolvimental, vamos agora aprofundar a nossa compreensão sobre a Relação Mãe-Bebé pela exploração da sua relação com as variáveis relativas à vivência e adaptação à gravidez.

Para analisar a vivência da gravidez, foram considerados diferentes aspectos que se considerou estarem envolvidos nesse processo.

Assim, foram considerados como **indicadores específicos / intrapsíquicos** de uma vivência positiva da gravidez, as dimensões *Atitude positiva face à gravidez* e *Atitude negativa face à gravidez*.

Foram ainda abordados **indicadores mais relacionais**, considerados também fundamentais para a compreensão deste processo de construção da experiência gravídica, como a Relação com os pais e a Relação conjugal, fundamentados em pressupostos ecológicos.

A par deste enfoque ecológico, em que se privilegiam os contextos relacionais proximais, foram também retomados os pressupostos desenvolvimentais que inspiraram este trabalho, em que se valoriza a construção de modelos de funcionamento psicológicos mais *complexos* e integrados para que este processo de adaptação ocorra, mas também o protagonismo e o papel activo do sujeito psicológico neste processo de desenvolvimento, pelo que se introduziu ainda uma dimensão relativa à *Percepção de mudança crescimento pessoal com a gravidez*, como forma de aceder a esta dimensão desenvolvimental a partir da perspectiva do próprio sujeito psicológico em mudança.

Ainda que se considere que, é na intersecção destes diferentes aspectos que se poderá compreender a adaptação à gravidez (perspectivada em termos de um processo de mudança desenvolvimental necessariamente interdependente de um determinado contexto relacional) procuraremos, por uma questão de organização desta discussão, começar por abordar os indicadores mais específicos desta adaptação

(designadamente a *Atitude positiva face à gravidez*, a *Atitude negativa face à gravidez* e a *Percepção de mudança pessoal*) que nos dão uma perspectiva inicial mais geral deste processo. Em seguida, serão abordados os aspectos relativos à *Relação conjugal na gravidez*, passando depois a analisar a *Relação com a própria mãe na gravidez*, recorrendo também a dimensões da vinculação, e, ainda, à relação com o pai, contexto relacional que tem sido desvalorizado no processo de desenvolvimento psicológico em geral, e na gravidez em particular.

A análise da *Vivência do corpo grávido*, ainda que seja considerada uma dimensão específica da adaptação à gravidez, por constituir um aspecto nuclear de todo este trabalho, que será discutido de modo a integrar os diferentes contributos proporcionados pelas restantes dimensões em análise, pois esta é entendida não como “mais” uma dimensão psicológica, mas como uma dimensão transversal e central ao funcionamento e desenvolvimento psicológico em diferentes domínios deste processo de adaptação. Esta análise será fundamental para a compreensão da importância desta dimensão corporal para a construção da Relação Mãe-Bebé, objectivo central deste trabalho, que será (só) então explorado e discutido.

Atitudes (Positivas e Negativas) face à gravidez e à maternidade

Começando então por referir a associação entre a Relação Mãe-Bebé e as Atitudes face à Gravidez e a Maternidade, constatou-se que é mais forte e mais sistemática a associação do factor *Atitude positiva face à gravidez* com as dimensões da Relação Mãe-Bebé do que a que se verificou relativamente à *Atitude negativa*, sugerindo que as dificuldades e os aspectos mais desagradáveis (os aspectos difíceis) que a gravidez possa envolver não estão tão associados à resolução das tarefas psicológicas da gravidez como a atitude geral positiva face a esta transição. Em particular, a *Vinculação prenatal* apenas se apresentou correlacionada com a *Atitude positiva face à gravidez* e não com a *Atitude negativa face à gravidez*, que surgem como dimensões distintas e com associações diferentes para a resolução das tarefas gravídicas.

Este resultado parece sugerir que os “incómodos”, os aspectos mais negativos ou desagradáveis da gravidez (integrados na *Atitude negativa face à gravidez*), não são associados à construção da relação com o bebé, ao contrário dos aspectos mais “positivos” (da *Atitude positiva*) que parecem ser enfatizados pelas grávidas na

construção da Relação Mãe-Bebé e em particular na *Vinculação prenatal*, em que, a *Atitude positiva face à gravidez* se destacou como preditor com contribuição específica.

Percepção de mudança pessoal com a gravidez

Passando a analisar a *Percepção de mudança / crescimento pessoal com a gravidez*, é importante começar por referir que este factor parece ter sido associado a uma significação mais negativa da mudança que ocorre na gravidez, ao impacto indesejável que ela (também) envolve. De facto, a noção de mudança psicológica envolve sempre perdas da identidade anterior (Nicolson, 1999), ainda que os ganhos desenvolvimentais possam ser preferenciais. O facto desta percepção negativa da mudança estar presente no momento em que esta ocorre é consistente com as teorias do desenvolvimento psicológico na idade adulta, segundo as quais, as transições desenvolvimentais ocorrem com custos em termos de ansiedade e de perda de um *self* anterior que, mesmo já não sendo capaz de dar resposta às novas exigências que se lhe colocam, é ainda assim percebido / sentido como uma perda de algo pessoal e “valioso” (Guidano & Liotti, 1986). Esta abordagem é consistente com o pressuposto de que a gravidez envolve a tarefa de reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para integrar a identidade materna (Smith, 1999a), o que implica reavaliar as perdas e ganhos desta transição e aceitar as mudanças, adaptando-se de acordo com a identidade prévia (Canavarro, 2001; Nicolson, 1999).

Esta dimensão da vivência psicológica da gravidez (que reflecte o impacto da gravidez na vida da mulher) parece variar significativamente com factores associados ao próprio acontecimento de vida (variáveis gravídicas como a paridade ou a percepção de gravidez de risco) mas também com factores relacionais e contextuais que necessariamente a enquadram e condicionam (como, por exemplo, a situação conjugal)⁵⁸, o que é consistente com os pressupostos desenvolvimentais ecológicos enfatizados.

Estes resultados permitem-nos confirmar que este factor é sensível às circunstâncias psicossociais que transformam a gravidez num maior desafio ao sistema pessoal. Este

⁵⁸ Numa análise preliminar de validação desta dimensão da vivência psicológica da gravidez, verificou-se que apresentam valores mais elevados de *Percepção de mudança pessoal* as grávidas primíparas, as solteiras, as que se sentiram preocupadas com a notícia da gravidez, e as que referem uma gravidez de risco elevado, reforçando que, mais do que as circunstâncias de vida da grávida (variáveis sociodemográficas) importam as percepções relativas a essas circunstâncias.

era de facto o nosso objectivo ao introduzir a avaliação desta dimensão em torno de itens como “*depois do bebé nascer a minha vida vai mudar*” ou “*desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente*” com o propósito de explorar a percepção da mudança psicológica, sendo de esperar que uma grávida primípara (ou uma grávida solteira) enfrente um maior desafio, decorrente das profundas alterações que esta transição implica em toda a sua realidade intra, inter e trans-pessoal (Condon & Esuvarranathan, 1990), pelo que evidenciam as grávidas nestas condições uma maior *Percepção de mudança pessoal*. Assim, as grávidas que percebem o contexto intra, inter e/ou trans pessoal em que ocorre a gravidez como não sendo facilitador da mudança que esta exige (como, por exemplo, as grávidas solteiras), apresentam valores mais elevados de *Percepção de mudança pessoal*, traduzindo uma maior ansiedade associada à antecipação do impacto desta mudança.

O facto de esta dimensão ter sido interpretada menos do ponto de vista dos ganhos desenvolvimentais e mais em termos das suas perdas, do stress e de uma crise no sistema pessoal, é consistente com o estudo de Deave (2005) que também observou que a percepção da mudança foi perspectivada mais em termos de custos do que de oportunidades e benefícios.

Depois de termos verificado que esta percepção da mudança assumiu uma conotação negativa do impacto da gravidez, compreendemos melhor a correlação inversa observada em que as grávidas mais envolvidas emocionalmente com o seu bebé e com o seu papel materno percebem menos a gravidez nestes termos negativos, evidenciando a importância do enquadramento da gravidez na construção da relação mãe-bebé, tanto na *Construção da identidade materna* como, e em especial, em termos do *Envolvimento emocional com o bebé*, em que a *Percepção de mudança pessoal* funcionou como preditor específico, depois de controladas outras variáveis sociodemográficas, gravídicas, relacionais e corporais.

Assim, mais do que as variáveis sociodemográficas em si, parece ser mais pertinente ter em conta para a compreensão da construção da Relação Mãe-Bebé a forma subjectiva como a grávida percebe o seu contexto de vida como sendo facilitador (ou não) do processo de mudança que a gravidez envolve. Assim, as dimensões da Relação Mãe-Bebé, e o *Envolvimento emocional com o bebé* em particular, parecem relacionar-se com a percepção de que a gravidez constitui um desafio / ameaça ao seu

sistema pessoal, ainda que esta percepção pareça estar enraizada em factores associados ao próprio acontecimento de vida (como a paridade ou a gravidez de risco) e em factores relacionais (como o estado civil). De qualquer forma, mais do que as circunstâncias de vida da grávida (que não parecem associar-se à Relação Mãe-Bebé) parecem importar as percepções relativas a essas circunstâncias.

Relação conjugal na gravidez

A dimensão conjugal é um aspecto incontornável em qualquer reflexão sobre a experiência da gravidez. O contexto conjugal da grávida tem reconhecidamente uma forte influência na Relação Mãe-Bebé, como é amplamente enfatizado por qualquer abordagem sistémica deste acontecimento de vida que envolve a futura mãe, mas também certamente o futuro pai e a relação entre eles (Belsky & Jaffee, *in press*; Cowan & Cowan, 1988; Relvas & Lourenço, 2001).

De facto, a decisão da gravidez continua a ser vivenciada maioritariamente no contexto de uma relação conjugal, sendo o significado de uma gravidez, em grande parte, uma construção do casal (Fischer et al, 1999), e considerando-se que a própria forma como a gravidez é experienciada depende muito da qualidade desta relação. A forte associação da *Relação conjugal na gravidez* com a *Atitude positiva face à gravidez e a maternidade* encontrada e que é consistente com a investigação (Mendes, 2002; Mendonça, 2003) valida, em certa medida, esta ligação entre o contexto conjugal e a vivência positiva da gravidez.

No entanto, têm sido notadas algumas limitações ao estudo da associação da dimensão conjugal com a Relação Mãe-Bebé (Belsky & Jaffee, *in press*), e em particular na gravidez (Laxton-Kane & Slade, 2002).

Assim, o facto de não terem sido encontradas diferenças em qualquer das subescalas de avaliação da relação mãe-bebé entre as grávidas casadas e as solteiras⁵⁹, ainda

⁵⁹ Foi interessante notar, no entanto, que, apesar de não se terem encontrado diferenças na Relação Mãe-Bebé nas grávidas solteiras (comparando com as grávidas casadas ou em união de facto), estas grávidas evidenciaram uma Percepção de Mudança Pessoal significativamente mais elevada, sugerindo que o contexto conjugal em que se enquadra a gravidez é fundamental na *percepção do impacto* dessa gravidez na vida da grávida, e em toda a *mudança pessoal* que ela implicará necessariamente. Mesmo que a influência de um contexto conjugal desfavorável pareça ser minimizado em termos do seu impacto na qualidade da relação mãe-bebé (como parecem indicar os nossos dados que não evidenciam diferenças significativas quanto a estes factores entre grávidas casadas e solteiras), isto acontecerá certamente com

que consistente com alguns estudos (ex: Mendes, 2002), reforça a importância de se (re)avaliar a relação conjugal não só em termos de existir ou não “oficialmente” (pela avaliação do **Estado Civil**), mas sim da forma como esta relação se constitui (ou não) numa fonte de apoio e segurança para a grávida. Portanto, a associação entre a relação conjugal e a vivência da gravidez será necessariamente mediada pela qualidade desta relação, pelo que se introduziu uma avaliação da vivência psicológica da conjugalidade quer em termos da dimensão *Relação conjugal na gravidez* abordando a qualidade desta interacção em itens que são de certa forma específicos da experiência gravídica, quer em termos da *Satisfação conjugal* sentida pela mulher durante este período, recorrendo-se a uma escala que não é específica da adaptação à gravidez.

Passando então a analisar a associação das dimensões conjugais com a Relação Mãe-Bebé, começamos por observar que a ***Relação conjugal na gravidez*** não parece estar associada às diferentes dimensões da Relação Mãe-Bebé, tal como o factor relativo à *Vivência positiva da sexualidade* que apenas evidenciou uma correlação (fraca) com a *Vinculação prenatal*.

No entanto, relativamente à ***Satisfação conjugal***, foram encontradas correlações com significado estatístico em todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé, constatando-se que a satisfação conjugal, mais do que outras formas de avaliar a relação conjugal, está associada à Relação Mãe-Bebé, e em especial à *Vinculação prenatal*.

Estes resultados sugerem que, mais do que a interacção conjugal específica e particular da gravidez patente na dimensão *Relação conjugal na gravidez*, é a forma como a grávida percebe e avalia as suas relações (*Satisfação conjugal*) que parece associar-se à construção da Relação Mãe-Bebé.

Estes resultados são concordantes com outros estudos que encontraram associações significativas entre indicadores relativos à qualidade da relação conjugal e à relação com o bebé na gravidez (Mendes, 2002; Cranley, 1984; Lai et al, 2005; Siddiqui et al, 1999; Condon & Corkindale, 1997; Colpin et al, 1998).

um maior custo para a mulher grávida. Portanto, a ausência de uma relação conjugal que enquadre a gravidez não está associada a diferenças significativas na Relação Mãe-Bebé, mas isto poderá ter um custo pessoal acrescido, que se reflecte no valor significativamente mais elevado obtido por estas grávidas (solteiras) em termos de uma *Percepção de mudança pessoal*.

Estes resultados reforçam a noção de que as grávidas com um contexto conjugal mais favorável sentir-se-ão mais disponíveis e “prontas” para se envolverem no processo de se imaginarem como mães e de se envolverem com o seu bebé, estando mais preparadas para o novo bebé e o seu novo papel materno, parecendo estar menos preocupadas com outros aspectos da sua vida, podendo “dedicar-se” mais à própria gravidez.

Na compreensão deste resultado é importante lembrar as perspectivas de Belsky e Jaffee (*in press*) e de Heinicke (1995) de acordo com as quais uma grávida que seja mais competente em termos psicossociais, tanto terá mais facilidade na relação conjugal como na relação mãe-bebé, pelo que se deverá evitar as interpretações em termos de causalidade unidireccional. Mas, independentemente da relação mais directa ou mais indirecta entre o contexto conjugal e a Relação Mãe-Bebé na gravidez, na compreensão do seu papel (e também na intervenção) há que lembrar que, embora o cônjuge seja habitualmente considerado como a principal fonte de suporte durante este período, por vezes, parece ocorrer uma diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e o puerpério (Figueiredo, 2000; Richardson, 1983). Também Cohen e Slade (2000), referem que a gravidez marca um comprometimento profundo para o casal (uma materialização de uma relação íntima, segundo Canavarro, 2001), mas acrescentam que pode também envolver um nível de stress acrescido, podendo suscitar dificuldades conjugais específicas.

Relação com a própria mãe na gravidez (e o Pai) na Gravidez

Continuando a explorar as dimensões relacionais, lembramos que os estudos e as abordagens teóricas revistos inicialmente parecem enfatizar a importância da relação com a mãe na vivência e adaptação à gravidez. No entanto, talvez por essas abordagens se enquadrarem muitas vezes em perspectivas psicodinâmicas ou por estarem mais focadas em “desenvolver” teoria / uma compreensão aprofundada desta experiência, são poucos os estudos que exploram empiricamente o papel da relação com a própria mãe na vivência e adaptação à gravidez. Os estudos que constituem uma excepção, enfatizam maioritariamente a qualidade das representações de vinculação das grávidas, e, em particular, o modo como as grávidas evocam a relação precoce com esta figura de vinculação. Esta avaliação é habitualmente centrada nas memórias de infância que permitem avaliar a adequação da relação parental que os

próprios pais (e, muitas vezes, só a mãe é considerada) estabeleceram com a grávida enquanto filha, e suportados em hipóteses relativas à intergeracionalidade do funcionamento parental (Fonagy, Steele & Steele, 1991).

No entanto, a par da valorização das representações das relações de vinculação precoces para a forma como a grávida experiencia a gravidez, e em particular, para a forma como constrói a *sua* Relação Mãe-Bebé, alguns autores têm referido também o potencial transformador que a gravidez encerra em termos da reconstrução e actualização das representações da vinculação (ex: Erikson, 1950), havendo autores, muitas vezes de base psicodinâmica, que se referem a uma especificidade da relação com a própria mãe nesta fase do processo desenvolvimental da mulher (ex: Breen, 1975), descrevendo uma maior aproximação, aceitação e empatia relativamente a esta figura parental.

Neste contexto, três questões concretas se colocaram a este estudo. Por um lado, compreender em que medida a vinculação da grávida aos pais se associava à qualidade da Relação Mãe-Bebé estabelecida ao longo da gravidez. Por outro lado, explorar eventuais especificidades da relação com a mãe neste período. Uma terceira questão se levantou ainda, e que se prendeu com a avaliação do papel da relação com a figura paterna neste domínio, pela constatação de que a sua desvalorização na investigação, é bem mais um ponto de partida, um *a priori* que se reflecte na sua exclusão dos *designs* metodológicos, do que o resultado da investigação empírica. A inclusão desta figura de vinculação permitia ainda abordar a relação com as figuras de vinculação primárias, contornando a especificidade que a vinculação à mãe parecia ter neste período de construção da identidade materna em que a actualização daquela relação tem sido referida.

Considerou-se portanto que deveríamos considerar, quer a qualidade da relação de vinculação construída com a mãe e o pai, quer uma avaliação da relação com a mãe mais específica da experiência gravídica, na medida em que se tem valorizado a reconstrução da representação desta relação proporcionada pela gravidez e pela construção da identidade materna da grávida. Deste modo, podemos considerar que, se por um lado, a mãe se poderá constituir como uma “base segura” para enfrentar uma situação difícil como a que poderá ser colocada por exemplo, por uma gravidez não planeada, por outro lado, esta situação, pela crise no sistema pessoal que poderá envolver, pode também constituir uma oportunidade de reconstruir a qualidade desta

relação pois, uma mãe que se constitua como figura de apoio transmitindo segurança nestas circunstâncias (mesmo que não o tivesse feito no passado), poderá proporcionar uma reconstrução desta relação mãe-filha em termos de uma vinculação mais segura do que foi anteriormente.

Por uma questão de organização desta discussão, começamos por abordar a dimensão relativa à *Relação com a própria mãe na gravidez*, referindo-se à proximidade emocional com a mãe, e que, num conjunto de análises preliminares de validação desta dimensão se observou que as grávidas cuja gravidez foi planeada e recebida com uma reacção muito feliz e nada preocupada e as que sentem ter muito apoio social são as que apresentam valores mais elevados nesta dimensão.

Em primeiro lugar, estes resultados parecem reflectir a importância da relação com a mãe na vivência da decisão de engravidar, quer em termos do planeamento da gravidez se inscrever preferencialmente num contexto psicossocial favorável (em que se incluirá a qualidade da relação com a mãe), quer pelo contrário, de um possível impacto de uma gravidez não planeada em eventuais dificuldades acrescidas na relação com a mãe. Esta interpretação dos resultados, tratando-se de uma amostra em que as participantes estão na sua maioria acima dos 26 anos de idade (73%), traduz bem a importância que a relação com a própria mãe assume ao longo de todo o desenvolvimento da mulher, nomeadamente num acontecimento de vida como a gravidez, e o seu peso na própria decisão de engravidar e/ou prosseguir com uma gravidez.

Em segundo lugar, o facto desta dimensão variar também com a reacção inicial à gravidez, reforça também esta associação entre a reacção à gravidez e a relação com a mãe. Assim, a reacção inicial à gravidez poderá ter (também) em conta a percepção que a grávida tem da forma com a sua própria mãe iria aceitar este acontecimento na sua vida.

Finalmente, observou-se que as grávidas que sentem mais apoio social apresentaram também médias significativamente mais elevadas na dimensão da relação com a mãe, o que aponta para a importância desta relação para a percepção de apoio social na gravidez. Actualmente, tem-se vindo a perder o contacto, as vivências e a proximidade com as mulheres mais velhas (mães, avós, tias, vizinhas) portadoras e transmissoras de um envolvimento e sabedoria, antes muito valorizados, que provinham da própria

experiência. Esta rede familiar e social tecida à volta da grávida conferia-lhe protecção e suporte durante as várias fases da gravidez, assegurando também os cuidados do período pós-parto, em que a mulher era quase tão protegida quanto o próprio recém-nascido (Nascimento, 2003). Mas, a mãe continua, ainda assim, a ser um recurso de apoio emocional e instrumental privilegiado, fundamental na adaptação às mudanças da maternidade. De facto, os pais / avós têm ainda, na nossa sociedade, uma importante função de suporte e também pedagógica no nascimento de um bebé, no sentido de “ajudar os filhos a ser pais” (Canavarro, 2001).

De referir ainda que não se observaram diferenças nesta dimensão entre as grávidas nos diferentes trimestres de gravidez, sublinhando, o sentido de continuidade com o passado subjacente aos seus itens, remetendo para um laço emocional com raízes na própria história desenvolvimental⁶⁰. Esta representação da *Relação com a própria mãe na gravidez* será assim uma dimensão psicológica mais estável e menos sujeita a variação e mudança ao longo da gravidez. Apenas um item indicia uma mudança naquela relação no sentido de uma maior proximidade, de uma maior cumplicidade e identificação com a própria mãe⁶¹. De facto, se é verdade que a relação com a mãe se pode ir actualizando e modificando (especialmente num momento como o da gravidez), este é um processo muito “discreto” e lento. A continuidade e a estabilidade caracterizam possivelmente melhor esta relação do que a ruptura e a mudança (ao contrário dos pressupostos psicodinâmicos que enfatizam neste processo os aspectos mais conflituais e dinâmicos que geram mudança e desenvolvimento psicológico). Estas conclusões não significam porém que a mudança e o desenvolvimento não ocorram: é que a mudança e o desenvolvimento só podem acontecer de forma

⁶⁰ Importa lembrar o processo de adaptação desta dimensão da Relação com a Própria Mãe com que se pretendia abordar os aspectos mais actuais e específicos da gravidez, mas que foram excluídos neste processo de adaptação, em que se evidenciaram mais consistentes e robustos os itens relativos à avaliação deste contexto relacional pautado pela continuidade com o passado (“*sempre me senti muito próxima da minha mãe*”, “*a minha mãe fazia-me mimos*”, “*considero a minha mãe como uma verdadeira amiga*”, “*a minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou*”), mantendo-se apenas como adequado a esta avaliação um único item relativo à especificidade da experiência de gravidez (“*desde que estou grávida, compreendo melhor a minha mãe*”).

⁶¹ Dos diferentes itens considerados para avaliar a especificidade da Relação com a própria mãe na gravidez, apenas o item “*desde que estou grávida, compreendo melhor a minha mãe*” se revelou adequado em termos de consistência interna e correlação com o factor.

adaptativa num quadro de continuidade em que a identidade construída e a teia de relações estabelecida possam manter a sua integridade (o que é também sugerido pelos estudos de P. Mena Matos, 2002 com adolescentes).

Depois desta reflexão mais geral sobre o significado desta dimensão, importa então reflectir sobre a sua associação à Relação Mãe-Bebé que nos interessa compreender. A análise das correlações evidenciou uma ligação entre a *Relação com a própria mãe na gravidez* e a construção da relação com o bebé na gravidez. De facto, nas regressões realizadas, observou-se que a *Relação com a própria mãe na gravidez* constituiu um preditor com contribuição específica quer na explicação do *Envolvimento emocional com o bebé*, quer na explicação da *Vinculação prenatal*, mas não na *Construção da identidade materna*, não suportando as abordagens tradicionais que enfatizam a importância da relação com a própria mãe especificamente na construção da identidade materna.

Passando a abordar a associação da Relação Mãe-Bebé com as dimensões da vinculação aos pais, observaram-se ainda assim algumas correlações significativas (mas fracas), destacando-se a *Qualidade do laço emocional* quer à Mãe quer ao Pai que se relacionaram com todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé.

Em primeiro lugar, é importante começar por destacar que as associações encontradas quanto às dimensões da Vinculação à Mãe são semelhantes e consistentes com as encontradas com as dimensões da Vinculação ao Pai, não emergindo processos de associação diferenciais relativamente a estes dois contextos relacionais que confirmem o papel tradicionalmente privilegiado da relação com a mãe na compreensão das tarefas desenvolvimentais da gravidez. Estes resultados parecem assim contrastar com as abordagens teóricas clássicas (e as psicodinâmicas, em particular) que tanto enfatizam a complementaridade e a distinção da influência destas figuras parentais no desenvolvimento psicossocial e psicosexual dos indivíduos, em que se enquadraria, por maioria de razão, o processo de construção da identidade materna.

Por outro lado, podemos tentar interpretar a saliência da dimensão relativa à *Qualidade do laço emocional*, tanto à mãe como ao pai, como um indicador mais global e

prevalente da qualidade desta relação, em particular quando nos referimos a uma amostra de grávidas adultas, na sua maioria casadas ou em regime de união de facto (isto é, numa fase de construção da sua própria família) em que, mais do que os aspectos mais “negativos” relativos à *Inibição da exploração e da individualidade* ou da *Ansiedade de separação e dependência*, são os aspectos mais positivos e mais “integradores” que emergem como relevantes nesta fase do seu desenvolvimento.

Provavelmente, estas dimensões, que emergiram como constituintes importantes do constructo da vinculação aos pais junto de populações de adolescentes e de jovens-adultos universitários com que este instrumento se desenvolveu, poderão assumir uma nova configuração nesta nova fase do percurso desenvolvimental em que a reaproximação à família de origem se processa, fazendo diluir os processos psicológicos responsáveis por gerir, quer a ansiedade de separação e dependência, quer a inibição da exploração e da individualidade, no contexto da relação com próprios pais, que serão dimensões relacionais menos importantes numa altura em que a (re)definição da identidade não implicará propriamente a definição de fronteiras e diferenças face aos pais (que tem sido enfatizada na adolescência), mas pelo contrário, fará emergir e valorizar as proximidades e semelhanças em relação a eles. Pelo contrário, assumirá um papel preponderante nas representações parentais das grávidas, a própria tonalidade afectiva / relacional mais geral, a avaliação subjectiva da qualidade daquelas relações de vinculação, assumindo maior peso a avaliação da *Qualidade do laço emocional*.

De qualquer forma, identificou-se também uma associação inversa da *Inibição da exploração e da individualidade* com a *Construção da identidade materna*, e uma associação positiva da *Ansiedade de separação e dependência* com o *Envolvimento emocional com o bebé*, tanto nas dimensões da Vinculação à Mãe como da Vinculação ao Pai.

A associação inversa encontrada entre a *Inibição da exploração e da individualidade* e a *Construção da identidade materna* na gravidez, poderá querer dizer que as grávidas que estão mais envolvidas com o seu processo de construção da identidade materna, diminuirão os seus comportamentos de individuação e os seus sentimentos de inibição da exploração face aos pais, numa nova fase da relação com a família de origem

marcado pela reaproximação aos pais para a construção da sua própria identidade materna.

Por outro lado, esta correlação também poderá indicar que as grávidas com valores mais elevados de inibição da exploração e da individualidade (associados a vinculação insegura aos pais) poderão apresentar também mais dificuldades na construção da sua própria identidade materna, reforçando aquilo para que Canavarro (2001) chamava a atenção, em termos do acesso a uma representação positiva da relação parental (construída com base na relação construída pelos pais com a grávida como filha) como facilitadora da construção de uma identidade materna positiva e adaptativa, sem ansiedades acrescidas.

Quanto à correlação da *Ansiedade de separação e dependência* (quer ao pai quer à mãe) e o *Envolvimento emocional com o bebé* na gravidez, em que as grávidas que referem mais comportamentos indicadores de *Ansiedade de separação e dependência* em relação aos pais parecem também apresentar valores mais elevados de *Envolvimento emocional com o bebé* (ainda que esta associação seja fraca e pouco significativa), este resultado poderá reflectir eventualmente um processo transgeracional em que a dependência emocional construída em relação aos pais se traduza também num envolvimento emocional mais intenso com o bebé, possivelmente propiciador de emaranhamentos futuros.

Esta associação positiva da *Ansiedade de separação e dependência* com o *Envolvimento emocional com o bebé* poderá também confirmar a crítica que Condon (1993) fez ao *Maternal-Fetal Attachment Scale* por misturar “quantidade” e “qualidade” da Relação Mãe-Bebé, contrapondo com o seu instrumento (*Maternal Antenatal Emotional Attachment Scale*) em que, uma maior ansiedade está associada à intensidade da relação mãe-bebé mas não à sua qualidade. No entanto, no nosso estudo prévio de adaptação e validação dos instrumentos não fomos capazes de estabelecer esta distinção entre as duas dimensões da vinculação prenatal propostas por Condon (1993), acabando por utilizar uma versão unidimensional do seu instrumento que não proporciona essa discriminação / diferenciação.

Deste modo, poderemos colocar a hipótese destas grávidas com maior *Ansiedade de separação e dependência* apresentarem uma relação mãe-bebé mais intensa, mas não

necessariamente de maior qualidade, aspectos que estão “misturados” na nossa avaliação da relação mãe-bebé.

De qualquer forma, a associação da Relação Mãe-Bebé com as dimensões da vinculação aos pais são de um modo geral fracas ou inexistentes. No entanto, estudos que recorreram a instrumentos diferentes, construídos no âmbito do estudo da vinculação adulta (designadamente os protótipos de Hazan & Shaver, 1987), encontraram resultados mais robustos relativamente ao papel do estilo de vinculação da grávida na construção da Relação Mãe-Bebé ao longo da gravidez (Mikulincer & Florian, 1999).

De referir ainda que a dimensão *Relação com a própria mãe na gravidez* parece proporcionar uma avaliação capaz e completa deste contexto relacional, não sendo possível encontrar contributos relevantes adicionais pela avaliação das dimensões da vinculação, o que poderá sugerir que nesta fase do desenvolvimento e nesta transição em particular, as mulheres parecem dispor de uma representação integrada relativamente à qualidade desta relação com a própria mãe, destacando-se a *Qualidade do laço emocional*.

Por outro lado, é de referir que esta dimensão da vinculação à mãe (*Qualidade do laço emocional*) parece uma dimensão muito próxima da dimensão *Relação com a própria mãe na gravidez*, quer na sua associação à construção da relação mãe-bebé na gravidez, quer na análise dos próprios itens constituintes, na medida em que os itens mais “actuais” e específicos da gravidez da dimensão *Relação com a própria mãe*, foram excluídos em detrimento dos itens pautados pela continuidade com o passado, aproximando-se assim da avaliação da *Qualidade do laço emocional*.

Por outro lado, também não foi evidenciada uma especificidade da *Relação com a própria mãe na gravidez* (em termos dos seus itens ou dos seus resultados), parecendo sobressair, no entanto, uma representação integrada da qualidade desta relação. Portanto, este estudo reforça a associação entre a Relação Mãe-Bebé e a relação com os pais, mas não especificamente a relação com a mãe.

Esta associação entre a Relação Mãe-Bebé e a relação com os pais na gravidez tinha sido já explorada por outros autores, como tínhamos visto. Assim, ainda que Sjogren e

colaboradores (2004) não tenham estabelecido qualquer relação entre a relação mãe-bebé e a avaliação da personalidade da grávida em termos de um conjunto de dimensões⁶² que parecem incluir alguns aspectos da qualidade da vinculação das grávidas estudadas, outros autores parecem encontrar resultados diferentes, estabelecendo ligações importantes entre a vinculação materna e a relação mãe-bebé (Mikulincer & Florian, 1999).

Para concluir, é importante referir que as associações com a *Satisfação conjugal* e a relação com os pais verificadas relativamente às dimensões da Relação Mãe-Bebé, sugerem que, a par da ligação entre a relação com as figuras significativas (pais e companheiro) com a vivência da gravidez, esta ligação às figuras significativas se estende ao próprio processo de construção da Relação Mãe-Bebé, reforçando a importância de ser considerado o contexto mais alargado na compreensão da construção da relação de vinculação parental (Relação Mãe-Bebé).

Numa integração final dos resultados relativos às dimensões relacionais da Vivência / Adaptação da Gravidez, é pertinente concluir que, todo este processo de identificação com a gravidez parece estar ligado à Relação com os pais e à *Satisfação conjugal* que, permite assim induzir o papel “dos outros” no processo de construção do significado da gravidez (Smith, 1999b). A maternidade desenvolve-se no contexto de uma família, pelo que a atitude da mulher face à gravidez depende em larga medida desse mesmo enquadramento familiar (Nascimento, 2003), pelo que os nossos dados enfatizam o papel das figuras mais significativas da mulher na construção da aceitação da gravidez e da maternidade.

⁶² Sjogren (2004) avaliou a personalidade da grávida em termos de um conjunto de dimensões⁶² que parecem incluir alguns aspectos da qualidade da vinculação das grávidas estudadas, designadamente dimensões relativas ao evitamento e ao “detachment” (descrito como a necessidade de distância relacional e “frieza” nas interações), mas também uma subescala relativa à qualidade da relação com os próprios pais e outras pessoas significativas, e a avaliação de sentimentos de desconfiança em relação aos outros.

7.1.5. A vivência do corpo na gravidez

Na análise da Vivência do Corpo, é importante começar por lembrar que as dimensões corporais parecem reflectir a tonalidade positiva associada à vivência da gravidez, possivelmente explicada em termos da própria valorização sociocultural da gravidez que induz uma experiência emocional mais positiva neste período, especialmente nos aspectos mais directamente relacionados com a gravidez, em que o corpo desempenha um papel crucial.

Antes de prosseguir com a análise dos resultados obtidos nas dimensões da Vivência Corporal, é importante ainda referir que, a comparação dos resultados por nós obtidos com o de outros estudos está limitada pela pouca investigação que explora a vivência corporal na gravidez, bem como pela falta de estudos que abordem a dimensão corporal, não só do ponto de vista da satisfação com a aparência física mas, também, em termos da relação com o corpo e da experiência corporal em sentido mais lato, abordando aspectos mais experienciais e relacionais (Strauss & Appelt, 1983; e Barbosa, 2002 para duas excepções).

Começando por analisar os resultados relativos à **Vivência do corpo grávido** é pertinente lembrar que esta dimensão aborda a experiência das transformações e experiências corporais gravídicas, destacando-se a vivência da “barriga grávida” que remete para uma identificação com a gravidez e a maternidade.

O facto de se terem observado valores médios mais elevados de *Vivência do corpo grávido* entre as grávidas primíparas, as grávidas cuja gravidez foi planeada e as que receberam a notícia da gravidez com uma reacção muito *feliz* e nada *preocupada*, permite também associar este factor a um maior envolvimento emocional com a gravidez, reforçando a noção de que essa vivência da gravidez tem como componente psicológico central a forma como é vivenciado o corpo grávido, ao evidenciar a estreita ligação entre o processo de aceitação da gravidez e a sua vivência corporal, que outros estudos também sugerem (Muller, 1993; Mendes, 2002; Kumar, Robson & Smith, 1984; Mendonça, 2003). Esta noção é suportada ainda pela correlação que foi encontrada entre a *Vivência do corpo grávido* e as dimensões da Vivência da Gravidez, em que se

destaca a correlação com a *Atitude positiva face à gravidez*, o que é consistente com os a forte correlação que outros autores estabeleceram entre a Imagem Corporal (gravídica) e o *score* global do MAMA (Mendes, 2002; Mendonça, 2003).

É portanto através da forma como a grávida sente e partilha (mostrando) as suas transformações corporais, que está patente a forma como ela está também a sentir (e a partilhar) a sua própria gravidez, enfatizando o papel da vivência do corpo como uma forma de aceder à qualidade desta vivência da gravidez / à forma como está a lidar com esta tarefa desenvolvimental.

Estes dados permitiram-nos ainda confirmar que as circunstâncias que enquadram a gravidez influenciam a forma como é vivenciado o corpo grávido.

Se completarmos a leitura desta dimensão da vivência da gravidez, com a respectiva análise desenvolvimental, encontramos que é no 2º trimestre que esta identificação com o corpo grávido parece surgir, pois foi encontrado um valor mais elevado da *Vivência do corpo grávido* no 2º do que no 1º trimestres, sugerindo um aumento nesta dimensão neste período. Estes resultados são consistentes com a compreensão da vivência corporal apresentada, em que se tinha considerado que esta dimensão deveria modificar-se ao longo do processo gravídico, no sentido de um aumento da identificação mais geral com o corpo grávido. Em particular, com o aparecimento da “barriga” a evidenciar a gravidez, seriam acentuadas as questões em torno da vivência do corpo (Colman & Colman, 1994; Lederman, 1996). Mesmo o agravamento dos sintomas somáticos e das alterações da aparência física seria mediado pela progressiva identificação com o corpo grávido e pela construção da relação com o bebé, que resultariam numa maior valorização e identificação com o corpo que assumiria cada vez mais uma tonalidade emocional e relacional positiva.

Em relação à ***Vivência positiva do corpo***, é importante começar por lembrar que esta dimensão corporal apresenta correlações com as dimensões da Adaptação à Gravidez, reforçando a ideia de que o funcionamento psicossocial mais geral da grávida está associado à forma como ela vivencia a gravidez (e resolve as suas tarefas psicológicas, como já tínhamos proposto antes). Os resultados inicialmente obtidos relativamente a esta dimensão corporal em que apresentaram valores mais elevados as grávidas com

condições psicossociais mais favoráveis (em termos de terem mais apoio social, não terem história de depressão, terem mais escolaridade e não sentirem preocupação perante a notícia da gravidez), contribuíram também para aprofundar e fundamentar o significado psicológico desta dimensão, destacando-se a interpretação apresentada relativamente aos valores mais elevados obtidos pelas grávidas mais satisfeitas com o seu apoio social, e que remete para as experiências corporais individuais e relacionais que constituem esta dimensão corporal. Também os resultados relativos à história de depressão reforçam o significado psicossocial da *Vivência positiva do corpo*, que é consistente com outros estudos (Orbach & Mikulincer, 1998; Orbach, 2004; Taleporos & McCabe, 2005; Harrison, 1990).

Relativamente à análise desenvolvimental desta dimensão corporal, observou-se uma diminuição da *Vivência positiva do corpo* ao longo da gravidez o que vai ao encontro dos dados relativos às múltiparas que também parecem traduzir um efeito negativo da experiência de gravidez (contrariando as hipóteses iniciais).

A articulação dos resultados obtidos quanto à evolução longitudinal da *Vivência positiva do corpo*⁶³ e quanto à paridade parecem sugerir, então, que a gravidez afecta (negativamente) a vivência do corpo, de acordo com as interpretações anteriormente apresentadas relativamente à menor *Vivência positiva do corpo* nas múltiparas.

Mas uma interpretação diferente poderá ser feita destes resultados. O facto de termos encontrado valores mais elevados de *Vivência positiva do corpo* no 1º trimestre do que nos trimestres de gravidez posteriores, poderá reflectir, não tanto um efeito “prejudicial” do decurso da gravidez na *Vivência positiva do corpo*, mas sim o efeito “promotor” da *Vivência positiva do corpo* associado ao 1º trimestre de gravidez, enquanto que na *Vivência do corpo grávido*, é só no 2º trimestre que o valor surge como mais elevado. Assim, podemos considerar que, no início da gravidez, não havendo uma “barriga grávida” que se possa reflectir em valores mais elevados de *Vivência do corpo grávido*, a tonalidade positiva inicial da gravidez reflectir-se-á em comportamentos de investimento, cuidado e valorização do próprio corpo, o que é consistente com as

⁶³ O facto de este efeito ter emergido apenas no estudo longitudinal desta variável (e não no estudo transversal) remete para a natureza idiossincrática desta dimensão com mais factores individuais (comparação intra-sujeito) do que factores de grupos (comparação inter-sujeito) associados.

abordagens clássicas da Psicologia da Gravidez que tanto enfatizaram que, até ao aparecimento da “barriga” e dos movimentos fetais, o investimento emocional na gravidez passa em larga medida pelo cuidado e valorização do próprio corpo (Colman & Colman, 1994; Leifer, 1980), até porque o bebé é ainda uma abstracção. Assim, nesta fase, a aceitação da gravidez caracteriza-se por aquilo que alguns autores psicodinâmicos⁶⁴ referiam em termos de um “investimento narcísico no próprio *self*” (Rubin, 1975), que se reflectirá essencialmente (em termos mais objectivos e comportamentais) no cuidado e valorização do próprio corpo, patente na dimensão *Vivência positiva do corpo*.

Assim, podemos considerar que estes resultados reflectem, não uma diminuição da *Vivência positiva do corpo* ao longo da gravidez, mas sim um aumento mais acentuado desta dimensão no início da gravidez, e especialmente nas primíparas que parecem vivenciar a experiência gravídica com um acréscimo de “entusiasmo” e com uma tonalidade positiva (ainda) mais acentuada. A exploração futura desta hipótese implica uma avaliação da *Vivência positiva do corpo* anterior à gravidez (de preferência num estudo prospectivo) ou recorrendo a um estudo comparativo com uma amostra equivalente de mulheres não grávidas. No entanto, são reconhecidas as dificuldades de operacionalização destes dois tipos de estudos, pelo que o recurso a uma avaliação retrospectiva, apesar das suas limitações, poderia ser uma forma de enriquecer esta avaliação da dimensão corporal em estudos futuros.

É importante considerar também as dimensões relacionais envolvidas na vivência da gravidez em termos da sua ligação às dimensões corporais.

Na exploração da associação das variáveis relacionais com a Vivência Corporal, começamos por analisar as ***dimensões conjugais***. Apesar de não se terem encontrado diferenças nas dimensões corporais relativamente ao Estado Civil, emergiu uma associação sistemática das dimensões corporais com as diferentes dimensões conjugais consideradas que é consistente com outros estudos (Mendonça, 2003; Kumar, Robson & Smith, 1984; Mendes, 2002; Smith, 1999b) e com as hipóteses formuladas. Nestas associações destaca-se a *Vivência positiva do corpo* (mais do que

⁶⁴ “a gravidez (...) como um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que nele contém: vida” (Leal, 1990, p.365).

a *Vivência do corpo grávido*), e entre as dimensões conjugais, destacam-se (mais uma vez) as dimensões relativas à *Satisfação conjugal*.

Portanto, emergiu uma associação mais forte e sistemática das diferentes variáveis conjugais consideradas com a *Vivência positiva do corpo* do que com a *Vivência do corpo grávido*, o que espelhará possivelmente a importância deste contexto relacional para o funcionamento e desenvolvimento psicológico da mulher (isto é, na sua relação consigo própria aqui traduzida na *Vivência positiva do corpo*) de um modo geral, e não especificamente na gravidez e na *Vivência do corpo grávido*. Assim, a influência desta relação será mais transversal e alargado, reflectindo-se na própria qualidade da *Vivência positiva do corpo* da mulher.

No entanto, não podemos deixar de considerar também a associação que ainda assim é muito significativa, entre a avaliação conjugal e a *Vivência do corpo grávido*, remetendo para a ligação entre a qualidade do contexto conjugal e a qualidade da *Vivência do corpo grávido* que remete para a própria identificação com a gravidez (interpretação reforçada pela associação da conjugalidade com a *Atitude positiva face à gravidez e a maternidade* referida), espelhando a adaptação da mulher à gravidez, que, deste modo, surge relacionada com o próprio contexto conjugal em que a gravidez se inscreve. Estas associações poderão assim sugerir que a visão que o companheiro tem das transformações corporais da gravidez, a forma como ele vai percebendo, partilhando e reagindo a estas mudanças fazendo a grávida sentir-se atraente e bonita (ou não), também está associado à forma como ela se sente neste seu “novo” corpo. Se a mulher grávida conseguir sentir-se bem no seu corpo grávido, vendo-o como bonito e feminino, reduzirá muito as dificuldades de se identificar com a gravidez (Leifer, 1980).

Estes resultados são também consistentes com outros estudos que relacionam a dimensão corporal com a vinculação amorosa (Barbosa, Costa & Matos, 2004; Barbosa, 2002) (ainda que não recorrendo a grávidas adultas) e com os autores que relacionaram a *Imagem corporal* (gravídica) com a *Relação conjugal na gravidez* (Mendes, 2002; Mendonça, 2003; Kumar, Robson & Smith, 1984).

Barbosa, Costa e Matos (2004) interpretaram esta associação em termos do papel central que o contexto amoroso desempenha para a maior parte das pessoas, pelo que as percepções do par amoroso desempenham um papel importante na satisfação com

a imagem corporal, constituindo-se como um importante contexto de validação da imagem corporal dos indivíduos.

Estes resultados permitem evidenciar o papel do cônjuge no processo de construção do significado da gravidez, consistente com os estudos qualitativos de Smith (1999b).

Uma dimensão da conjugalidade que mais especificamente se poderia considerar associada à dimensão corporal seria a da **sexualidade**. Os resultados mostram que esta dimensão se relaciona significativamente com as dimensões corporais, consistente com os estudos de Mendonça (2003) e de Mendes (2002). No entanto, esta associação das dimensões corporais não parece ser mais forte do que em relação às restantes dimensões conjugais abordadas, sugerindo que, mais do que a dimensão sexual propriamente dita, será a própria tonalidade emocional da relação conjugal que parece importar. Esta interpretação vai ao encontro da perspectiva de Regina Lederman (1996) que considera que a dimensão sexual está mais associada ao relacionamento conjugal do que à relação mãe-bebê ou à vivência da gravidez.

A **Relação com os Pais** foi também valorizada neste estudo para melhor compreendermos os processos psicossociais envolvidos na experiência da gravidez.

A análise destas variáveis com a **Vivência positiva do corpo** permitiu-nos verificar que a correlação com a *Qualidade do laço emocional* é mais forte quando nos reportamos à relação paterna do que quando nos reportamos à relação materna da grávida. Esta associação vai ao encontro da hipótese exploratória estabelecida com base nos estudos de Barbosa e Costa (*in press*) e Barbosa (2002) que encontraram resultados semelhantes, ainda que não recorrendo a amostras de grávidas ou de mulheres adultas. Estes resultados levaram Barbosa a concluir que

"It, thus, seems that this research helped to outstand a figure frequently neglected. Since the majority of studies are concerned with the relationship to the mother, our research may constitute an important insight to the value that looking at both parental figures may have. Otherwise, important information might be lost". (Barbosa & Costa, in press, 17).

Esta associação entre a vinculação e a *Vivência positiva do corpo* mantém-se quando a relacionamos com a *Qualidade do laço emocional* à Mãe, avaliada em termos das

dimensões da Vinculação, e também quando recolhemos a avaliação da relação com a mãe a partir de uma apreciação mais específica da gravidez de acordo com a avaliação recolhida pelo *Questionário de Avaliação da Gravidez*, e que continua a evidenciar a sua ligação à *Vivência positiva do corpo* de forma muito significativa, ainda que não tão expressiva.

A associação da vinculação com a *Vivência positiva do corpo* não aparece quando atentamos na *Ansiedade de separação e dependência* (à mãe ou ao pai), observando-se apenas uma correlação inversa (mas pouco significativa e fraca) com a *Inibição da exploração e da individualidade*. De qualquer forma, estes resultados vão ao encontro das conclusões do estudo de Barbosa, Costa & Matos (2004) referido, que, sugere que as figuras parentais constituem uma dimensão importante na compreensão de uma experiência corporal positiva ou negativa, na medida em que também estabeleceram uma associação das dimensões corporais (satisfação com o peso e preocupação com a aparência) com a vinculação a ambas as figuras parentais. Assim, ainda que a vinculação à mãe se relacione com as dimensões corporais, a vinculação ao pai parece ser tanto ou mais importante na construção de uma relação positiva com o corpo. Acrescentaram aquelas autoras que, a imagem corporal, enquanto componente integrante da representação do *self*, parece estar relacionada com a qualidade da relação parental, na infância, na adolescência e nos jovens adultos, reforçando a importância da qualidade da relação com o *self* e os outros de um modo geral, e das experiências relacionais precoces em particular, na construção da relação com o corpo (Barbosa, 2001; Barbosa & Costa, *in press*; Barbosa, Costa & Matos, 2004). Os estudos de Rosen e colaboradores (1997) reforçam esta noção ao identificarem dimensões identitárias (como a auto-estima) e dimensões relacionais (como o feed-back parental relativamente à aparência corporal) do processo de desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, como experiências significativas para o desenvolvimento da Imagem Corporal. Esta perspectiva é reforçada pela associação que os autores estabeleceram entre a maioria das subescalas de avaliação da Imagem corporal e o ajustamento psicossocial. Este estudo encontrou ainda que a intensidade da Imagem Corporal é um forte preditor do ajustamento psicossocial. Também Harris (1995) verificou que a relação com o corpo (em termos dos sentimentos e representações relativos à aparência corporal), desempenham um papel crucial na adaptação psicossocial dos indivíduos, não só na infância, mas ao longo de todo o percurso desenvolvimental do indivíduo, o que parece de certa forma encontrar eco no

presente estudo em que as dimensões corporais não só se relacionam com a maioria das variáveis abordadas, como parecem constituir preditores significativos da relação mãe-bebé, como veremos a seguir. Também Taleporos e McCabe (2005) confirmaram a importância da aparência corporal para a identidade da mulher, ao evidenciarem o valor preditivo da auto-estima para a estima corporal, enfatizando a associação entre a auto-estima e a estima corporal.

Passando a analisar a **Vivência do corpo grávido**, é importante notar que esta dimensão corporal não está relacionada com a maior parte das dimensões da vinculação aos pais, apresentando apenas uma correlação pouco significativa e fraca com a *Qualidade do laço emocional à mãe*. Esta dimensão corporal apresenta no entanto uma correlação muito significativa com a avaliação mais geral da relação com a própria mãe a partir do *Questionário de Avaliação da Gravidez*, consistente com a valorização da relação com a mãe na gravidez.

A *Relação com a própria mãe na gravidez* avaliada pelo *Questionário de Avaliação da Gravidez* parece assim proporcionar uma avaliação deste contexto relacional mais específica da gravidez, correlacionando-se de forma mais expressiva com a *Vivência do corpo grávido* do que as dimensões mais gerais da vinculação, que não se associaram a esta dimensão corporal. Pelo contrário, as dimensões da vinculação confirmam a pertinência da sua avaliação mais geral (mesmo na gravidez) abordando aspectos mais “transversais” que se associam em particular à *Vivência positiva do corpo* que também não é específica da gravidez. Este padrão é relativamente consistente com as associações destas variáveis à Relação Mãe-Bebé (tarefa central da gravidez), que também não se associam com determinadas dimensões da vinculação aos pais, ainda que se associem à avaliação pelo *Questionário de Avaliação da Gravidez* da *Relação com a própria mãe na gravidez*.

A análise da associação das dimensões relativas à Relação com a própria Mãe com a Vivência Corporal proporciona assim elementos adicionais para a reflexão sobre a distinção entre estas duas abordagens deste contexto relacional. Assim, o facto de termos encontrado uma associação diferencial da avaliação da *Relação com a própria mãe na gravidez* quando ela é abordada pelo *Questionário de Avaliação da Gravidez* em termos de adaptação à gravidez, ou em termos de dimensões da vinculação,

permite-nos perceber uma especificidade e uma adequação da avaliação da *Relação com a própria mãe na gravidez* a partir de um instrumento específico de exploração da vivência da gravidez em que, quando nos reportamos à *Vivência do corpo grávido*, apenas se observa a sua associação à Relação com a mãe avaliada pelo *Questionário de Avaliação da Gravidez*, sugerindo uma especificidade desta dimensão relativa àquele contexto relacional, o que aponta para um significado particular que é atribuído a esta relação na gravidez. Portanto, a par da avaliação mais global e estabelecida da relação com a própria mãe (correspondente à Vinculação à Mãe), parece poder-se considerar também uma representação deste contexto relacional que é específico da gravidez, com contornos e significados próprios, que parecem relacionar-se, neste estudo, com a forma como as grávidas vivenciam a própria gravidez e resolvem as tarefas psicológicas que esta experiência lhes coloca, quer em termos da construção da relação mãe-bebé quer, mais especificamente, em termos da construção da relação com o corpo grávido (que aponta como já vimos para a identificação e aceitação da própria gravidez).

No entanto, este padrão não foi observado em relação às dimensões conjugais em que a sua avaliação específica da gravidez (*Relação conjugal na gravidez*) mostrou-se menos relevante para a compreensão das nossas dimensões em estudo, do que a avaliação mais geral da *Satisfação conjugal*. No entanto, o facto de estas duas abordagens da relação conjugal se distinguirem também na forma como operacionalizam esta avaliação (quer em termos de comportamentos e interações mais concretas, quer em termos do grau de satisfação subjectiva relativamente a essa relação, enfatizando os sentimentos e expectativas associadas), não nos permite concluir se, de facto, não haverá uma especificidade da relação conjugal na gravidez ou se pelo contrário, esta especificidade simplesmente não é apreendida de forma capaz através daquele tipo de indicadores mais comportamentais.

De qualquer modo, a análise da associação entre as dimensões relacionais mais proximais abordadas e as dimensões corporais em estudo, permitem-nos enfatizar o papel da aceitação e do apoio por parte das figuras mais significativas da mulher na construção da aceitação da gravidez e da maternidade, em que será um indicador privilegiado a *Vivência do corpo grávido*.

Esta ligação entre as dimensões corporais e as dimensões relacionais reforça a valorização do contexto relacional na construção da relação com o corpo. Esta ideia está patente de forma mais esclarecedora na conclusão que Susie Orbach (2004) apresenta no seu estudo sobre o papel do corpo na psicoterapia, em que, a autora, depois de referir que *“the body has its own history arising out of the attachment nexus and the internalization of the bodies of its caregivers and the bodies they are able to recognize in their infants and children”* (idem, 141), acrescentando que *“bodies are not born but are acquired in relationship with key caregivers”* (idem, 141), foi-lhe possível concluir que:

“attachment theory with its notion of the human as essentially a social animal doing its learning in the context of attachment relationships, is specially well placed to enhance our understanding of how the (...) subjectivity of the body develops” (Orbach, 2004, 149).

acrescentando ainda que

“What I have been able to understand so far is that the body is made in relationship: to paraphrase Simone de Beauvoir, the body is made, not born. The details of how it is made and the ways in which it may be need to be unmade and remade within the context of a therapy relationship are yielding interesting and challenging clinical material, which will in time rebalance the overemphasis, I believe psychoanalysis has brought to the study of mental processes” (Orbach, 2004, 149).

7.1.6. Relação mãe-bebé e vivência do corpo na gravidez

Podemos, então, passar finalmente para a análise da associação entre a Relação Mãe-Bebé e a Vivência do Corpo na gravidez que constituiu o objectivo central deste trabalho, recuperando abordagens mais clássicas que consideravam que uma vivência do corpo mais positiva corresponde a sentimentos mais positivos pelo bebé na gravidez (Leifer, 1980).

O estudo desenvolvido permitiu-nos observar que, de facto, não só se encontraram associações entre todas as dimensões da Vivência Corporal e da Relação Mãe-Bebé, como a *Vivência do corpo grávido* é, das dimensões da adaptação à gravidez, aquela que apresenta uma associação mais forte e sistemática com as dimensões da Relação Mãe-Bebé, o que confirma as nossas hipóteses iniciais relativamente à ligação entre a relação com o corpo e a construção da relação mãe-bebé na gravidez.

Também a *Vivência positiva do corpo* se relacionou com as diferentes dimensões da Relação Mãe-Bebé, sendo interessante notar que esta dimensão corporal apresentou uma correlação mais forte com a *Construção da identidade materna* do que com o *Envolvimento emocional com o bebé*, sugerindo que, ainda que relacionado com ambas as tarefas da gravidez (como tínhamos colocado em hipótese), esta dimensão apresenta, ainda assim, uma relação mais forte com a *Construção da identidade materna*, reforçando a natureza mais estrutural desta dimensão da relação mãe-bebé, como tinha sido já sugerido pela sua análise desenvolvimental.

Mais especificamente, os dados obtidos permitem enfatizar a ligação da Vivência Corporal com a *Construção da identidade materna* e com o *Envolvimento emocional com o bebé* na gravidez, mas também com a *Vinculação prenatal*, o que é consistente com o estudo de Mary E. Muller que verificou que a imagem corporal (junto com a atitude face à gravidez) permitiu predizer a Relação Mãe-Bebé e o ajustamento durante a gravidez (Muller, 1993). Também Mendes (2002) estabeleceu uma correlação da *Imagem corporal* (gravídica) com a Relação Mãe-Bebé. Estes resultados são também concordantes com o estudo de Lai e colaboradores (2005) que, estudando as perturbações alimentares, estabeleceram uma relação inversa entre a vinculação prenatal e a insatisfação corporal.

Estes resultados sugerem que, a vivência do corpo está embebida tanto no envolvimento emocional com o bebé como na construção do papel de mãe, enfatizando quer a importância da vivência do corpo no processo de “tornar-se” mãe, i.e., de desenvolvimento psicológico e mudança da identidade da mulher, quer, paralelamente, no processo de se relacionar com o bebé pois, é através do corpo que a grávida vai sentindo, percebendo e interagindo com o bebé. Esta associação remete portanto para a ligação estreita entre os processos psicológicos de construção da relação mãe-bebé e toda a vivência e identificação com o “novo” corpo grávido, que parece assim poder traduzir o grau de ajustamento à gravidez e de resolução das tarefas desenvolvimentais, em torno das quais o desenvolvimento psicológico da transição para a parentalidade ocorre.

Por outro lado (tendo em conta que se trata de uma correlação), estes valores também sugerem que uma vivência mais positiva do novo papel de mãe e de todo o processo de relação com o bebé está relacionado com uma maior identificação com o corpo grávido. Assim, uma mulher grávida mais envolvida com o seu bebé e com o seu próprio papel de mãe parece ter também uma relação mais positiva com o seu corpo grávido. Uma pior relação com o corpo poderá dificultar a “entrega” e a “partilha” (que é em larga medida uma entrega e uma partilha do próprio corpo, quando pensamos na especificidade da experiência gravídica) inerentes ao investimento emocional na gravidez e na relação mãe-bebé. Assim, poderemos considerar que esta “partilha” do corpo inerente à construção da relação mãe-bebé será dificultada quando a relação construída com o corpo é pautada pela insatisfação ou quando as questões da aparência são sobrevalorizadas pela mulher. E que as dificuldades ou ambivalências relativamente ao projecto de gravidez poderão ser potenciadas perante uma relação com o corpo menos positiva. Assim, podemos especular que a construção da relação mãe-bebé na gravidez implica uma boa relação consigo própria de um modo geral, e uma boa relação com o corpo, em particular. Assim, poder-se-á trazer o “corpo vivido” (Ribeiro, 2003), ou a forma como a grávida está a vivenciar o seu “novo” corpo e a sua nova corporeidade, para a intervenção psicoterapêutica junto da grávida, quer como instrumento primário de avaliação clínica da forma como esse processo de desenvolvimento está (ou não está) a decorrer, quer como alvo de intervenção, pois promovendo-se a vivência do “corpo grávido”, estaremos a promover também a

identificação com a própria gravidez e a maternidade, através da construção da relação com o bebé, ainda na fase intra-uterina.

Assim, verificou-se que a Relação Mãe-Bebé, além de estar associada às variáveis psicossociais abordadas (*Atitude face à Gravidez*, *Satisfação conjugal* e *Relação com os Pais*), e de variar com as variáveis gravídicas que mais especificamente enquadram este acontecimento de vida, tendo sido ainda possível identificar mudanças desenvolvimentais significativas ao longo do processo gravídico, se associou também de forma sistemática às dimensões corporais estudadas o que vai ao encontro do objectivo central deste estudo. Estes resultados permitem simultaneamente suportar a abordagem desenvolvimental-ecológica privilegiada na compreensão desta dimensão, observando-se a pertinência, quer das dimensões intrapsíquicas mais específicas, quer das dimensões mais relacionais / contextuais que constituem constrangimentos e recursos pessoais e do seu contexto de vida relevantes, mas também a dimensão desenvolvimental das dimensões em análise, identificando-se continuidades, mas também mudanças, nestes processos ao longo da gravidez.

Mas, que factores terão afinal mais influência na relação mãe-bebé? Serão de facto, as dimensões corporais ou serão factores mais relacionais (como o contexto amoroso em que a gravidez ocorre), mais sociais (como o apoio social ou a monoparentalidade, com o peso social que comporta), mais directamente associados às características da gravidez (como o facto de ter sido planeada e desejada, a existência de risco ou a experiência de dificuldade em engravidar), ou o seu próprio decurso, ie, o seu processo desenvolvimental ao longo da gravidez?

Para compreender a importância relativa de cada um destes factores que melhor possa orientar a avaliação e a intervenção psicológica na gravidez, e para determinar em que medida a dimensão corporal proporciona um contributo específico relevante (depois de controladas as restantes variáveis), foi explorado o valor preditivo das variáveis corporais (variáveis independentes), controlando outras variáveis que pareciam estar também a influenciar a Relação Mãe-Bebé, designadamente, a paridade e o tempo de gravidez, mas também a *Atitude positiva face à gravidez*, a *Percepção de mudança pessoal* e a *Relação com a própria mãe na gravidez*, que nos permitiu verificar que as

variáveis corporais proporcionam uma contribuição significativa, independentemente das restantes variáveis controladas, em relação a todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé⁶⁵, ainda que as variáveis envolvidas na adaptação à gravidez apresentem uma contribuição maior no seu conjunto e que também as variáveis gravídicas pareçam explicar uma parte da variância da Relação Mãe-Bebé.

Atentando nos preditores com contribuição específica para cada uma das dimensões da Relação Mãe-Bebé, observou-se que a variância do *Envolvimento emocional com o bebé* é explicada pela *Vivência do corpo grávido*, seguida da *Percepção de mudança pessoal*, da *Relação com a própria mãe* e do tempo de gravidez. A variância da *Construção da identidade materna* é explicada apenas pela *Vivência do corpo grávido* e pela *Vivência positiva do corpo*. A *Vinculação prenatal* é explicada pela *Vivência do corpo grávido*, mas também pela *Atitude positiva face à gravidez*, pelo tempo de gravidez e pela *Relação com a própria mãe na gravidez*.

Num primeiro ponto a destacar desta análise, é importante notar que a ***Vivência do corpo grávido*** é o preditor mais importante das diferentes dimensões da Relação Mãe-Bebé, entre as diferentes variáveis independentes consideradas neste modelo. Além deste, outros preditores são evidenciados em cada dimensão da Relação Mãe-Bebé. Assim, surge a *Vivência positiva do corpo* como o único preditor adicional da *Construção da identidade materna*, e surge o tempo de gravidez e a *Relação com a própria mãe na gravidez* como preditores adicionais tanto do *Envolvimento emocional com o bebé* como da *Vinculação prenatal*. A *Percepção de mudança pessoal* funciona como preditor específico apenas do *Envolvimento emocional com o bebé*, e as Atitudes Positivas face à Gravidez e a Maternidade apenas permitem predizer a variância da *Vinculação prenatal*.

Ainda que a *Vivência do corpo grávido* surja como o preditor mais relevante em todas as dimensões da Relação Mãe-Bebé, outros preditores contribuem adicionalmente para explicar a variância em cada uma das dimensões abordadas.

⁶⁵ Esta análise permitiu-nos determinar em que medida as dimensões gravídicas (paridade), as dimensões processuais (tempo de gravidez), as dimensões da adaptação à gravidez (*Atitude positiva face à gravidez* e *Percepção de mudança pessoal*), as dimensões relacionais (*Relação com a mãe* e *Satisfação Conjugal*) e as dimensões corporais (*Vivência positiva do corpo* e *Vivência do corpo grávido*) permitem predizer as dimensões da Relação Mãe-Bebé.

Apenas a **paridade** não surge como preditora de nenhuma das dimensões da Relação Mãe-Bebé avaliadas, depois de controladas as restantes variáveis independentes do modelo. Este resultado deverá ser também enfatizado, num segundo ponto, por se tratar de uma variável que, na análise de diferenças, parecia influenciar sistematicamente as diferentes dimensões da Relação Mãe-Bebé, ao contrário das nossas hipóteses. Este resultado sugere que a influência da paridade na Relação Mãe-Bebé (anteriormente encontrada) será mediada por outra(s) variável(is) introduzida(s) neste modelo (como por exemplo, a vivência corporal) confirmando-se, assim que, a paridade não influenciaria por si só a qualidade da Relação Mãe-Bebé. Portanto, as diferenças na Relação Mãe-Bebé inicialmente encontradas, poderão estar a camuflar, simplesmente, a própria vivência da gravidez, que será mais intensa e idealizada nas primíparas, o que é consistente com o resultado encontrado por Condon e Esuvaranathan (1990) de um *score* mais elevado na subescala da *Intensidade da Vinculação prenatal* (mas não da *Qualidade* nem no *score* global), provavelmente “inflacionado” pela intensidade emocional desta experiência nas primíparas. Outros estudos também não encontraram um efeito significativo da paridade sobre a Relação Mãe-Bebé (Huang, Wang & Chen, 2004; Cranley, 1981; Phipps & Zimms, 1986; Condon & Esuvaranathan, 1990; Berryman & Windridge, 1996; Grace, 1988; Muller, 1992; Laxton-Kane & Slade, 2002). Estes resultados parecem enquadrar-se na descrição apresentada anteriormente desta relação como “um laço recorrente” (Newman & Newman, 1988). Assim, apesar da experiência de gravidez prévia poder influenciar a experiência actual de gravidez, não é de esperar que a paridade influencie a relação mãe-bebé, em que, cada novo filho terá todo um investimento emocional novo, sem prejuízo para filhos anteriores, nem a existência de outros filhos diminuindo o novo laço parental.

De notar também, num terceiro aspecto a destacar, que, em relação à **Construção da identidade materna**, das diferentes variáveis independentes incluídas no modelo, apenas as dimensões corporais parecem contribuir de forma específica para esta dimensão da Relação Mãe-Bebé. Entre elas, a *Vivência do corpo grávido* apresenta a contribuição específica mais forte, logo seguida pela contribuição adicional da *Vivência positiva do corpo*. A contribuição das variáveis psicossociais (Atitude positiva face à gravidez, Percepção de mudança pessoal, e Relação com a própria mãe) para a

Construção da identidade materna, que surge como significativa depois de controladas apenas as variáveis gravídicas (paridade e tempo de gravidez), parece ser mediada pela sua ligação com as variáveis corporais, na medida em que, perante o controle destas últimas, a contribuição daquelas deixa de ser significativa.

De qualquer forma, foi intrigante observar que, apesar da *Construção da identidade materna* não apresentar mudanças longitudinais ao longo do tempo, esta dimensão da relação mãe-bebé é sensível às variáveis corporais e não às variáveis psicossociais que estariam ligadas a uma maior estabilidade e a dimensões mais estruturais. Esta associação da *Construção da identidade materna* à *Vivência do corpo grávido*, poderá, no entanto, sugerir a importância dos aspectos não conscientes relacionados com a própria identificação com a gravidez e a maternidade neste processo de *Construção da identidade materna* (e que não se esgotam na *Atitude positiva face à gravidez* que não apresentou contribuição específica). A sua associação à *Vivência positiva do corpo* poderá ainda remeter para a importância da relação consigo própria na construção de uma identificação com o papel materno, reforçando a interpretação antes apresentada relativamente à associação entre a “*preocupação*” inicial perante a notícia da gravidez e a *Vivência positiva do corpo*, em que se considerou que, aquela preocupação inicial poderia reflectir a ausência de uma atitude positiva perante a gravidez e a maternidade, indicando que a aceitação plena de um projecto de maternidade (que se reflectirá, neste caso, na construção de uma identidade materna) se inscreverá numa relação positiva consigo própria, e portanto, numa vivência mais positiva do corpo, ilustrando a importância do nível de desenvolvimento psicossocial da grávida na qualidade do seu desenvolvimento parental, em que necessariamente se enquadrará a *Construção da identidade materna*⁶⁶.

Esta interpretação reforça a interpretação da associação entre a *Vivência positiva do corpo* e a *Construção da identidade materna* antes referida, sendo ainda interessante reflectir sobre o facto de as mulheres que valorizam mais o corpo, estarem também mais disponíveis para o “partilhar” e “deformar” numa experiência de gravidez, reforçando a conotação positiva desta dimensão corporal e seu significado psicossocial mais estrutural em termos de uma relação positiva consigo própria, pois, se pelo

⁶⁶ Não se pretende que o desenvolvimento psicossocial da mulher tenha necessariamente que passar pela construção de uma identidade de mãe, mas sim, que a construção de uma identidade materna deverá desejavelmente inscrever-se no contexto do desenvolvimento psicossocial da mulher.

contrário, esta valorização do corpo se prendesse a comportamentos de cuidado mais “egoísta” da aparência, poderia ter-se reflectido, pelo contrário, numa pior atitude perante a gravidez, o que não se observou, sublinhando a relação desta dimensão com a auto-estima e o desenvolvimento psicossocial, preconizada por nós e sustentada por alguns estudos (Taleporos & McCabe, 2005; Harrison, 1990; Orbach & Mikulincer, 1998; Rosen et al, 1997).

Relativamente à **Vinculação prenatal** e, sem esquecer que o tempo de gravidez prediz uma percentagem significativa da variância dos seus resultados, verificou-se que, as variáveis relativas à adaptação à gravidez apresentam ainda uma contribuição significativa para a variância desta dimensão da Relação Mãe-Bebé. De qualquer modo, depois de controladas estas últimas variáveis, a *Vivência do corpo grávido* continua a exercer uma influência específica na *Vinculação prenatal*.

Portanto, o presente estudo parece indicar que a vivência corporal da grávida está associada ao desenvolvimento da relação mãe-bebé neste período. Na medida em que é reconhecida a importância desta relação, quer para o bem estar da mãe, quer para o desenvolvimento psicológico do bebé, este estudo sustenta a relevância da intervenção psicológica junto das grávidas com menos sentimentos positivos relativamente ao corpo grávido, como forma de prevenir dificuldades na relação mãe-bebé / relações parentais problemáticas. A intervenção com grávidas poderá focar a experiência corporal da gravidez, de modo a promover o processo de percepção e interacção com o bebé. Da mesma forma, ao encorajar a experiência corporal da grávida, estamos também a contribuir para que essas grávidas se “vejam” como “diferentes”, como mães, apoiando a construção da sua nova identidade materna.

De salientar que estes resultados vão ao encontro das formulações que fundamentaram o presente estudo no sentido de conceber e testar o papel desta vivência no desenvolvimento e funcionamento psicológico, nomeadamente na resolução das tarefas desenvolvimentais específicas da gravidez. Estes resultados, ao evidenciarem uma estreita ligação entre aspectos mais relacionais e de desenvolvimento da identidade e as questões relativas à vivência do corpo, colocam o corpo além da concepção mais tradicional centrada na imagem corporal, de satisfação / insatisfação, tendo em conta aspectos avaliativos de cariz mais cognitivo ou mais

afectivo, mas, normalmente, com conotação negativa que, enfatiza percepções e comportamento desajustados, especialmente ao nível das perturbações alimentares, colocando-a deste modo no centro de processos de funcionamento e desenvolvimento psicológicos tão importantes como a construção da relação mãe-filho e a adaptação à gravidez.

7.2. CONCLUSÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA GRAVIDEZ

O estudo da experiência de gravidez decorreu da percepção de uma necessidade de intervenção psicológica durante o processo gravídico. Vigia-se a gravidez, apoia-se o parto e cuida-se do recém-nascido mas, muitas vezes, não se encontra o apoio psicológico como recurso potencializador de saúde materna, o que seria fundamental ao longo de toda a gravidez, pois uma mãe psicologicamente ajustada será capaz, na nossa sociedade, de satisfazer as necessidades do seu bebé, contribuindo assim para o desenvolvimento psicológico do seu filho. Na medida em que se considera que muitas das dificuldades da relação mãe-bebé remontam a dificuldades maternas anteriores ao nascimento, é importante intervir na ligação que se estabeleceu, entre a mãe e o bebé, durante a gravidez. Mais ainda, há a percepção de que a gravidez, apesar de todo o potencial desenvolvimental que encerra, não é acompanhada da respectiva valorização da parte dos técnicos de saúde que a assistem, observando-se uma relativa desvalorização dos aspectos psicológicos sobre os biomédicos na avaliação e intervenção junto de grávidas. Paralelamente, o reconhecimento da gravidez como um período “à parte”, com características “especiais” em termos de funcionamento psicológico, dificulta também a identificação das situações que mereceriam uma intervenção clinicamente qualificada, estendendo-se o conceito do que é “normal”, de modo a incluir expressões de dificuldades psicossociais na resolução das diferentes tarefas que se lhe colocam. Deste modo, ainda que a vivência positiva da gravidez seja a forma mais comum de atravessar este período, a experiência emocional da grávida pode também ser dominada pela depressão, a ansiedade, a somatização ou o desinvestimento emocional, sinalizando uma gravidez complicada e dificuldades na relação mãe-bebé. Assim, os sinais de dificuldade na adaptação à gravidez devem ser encarados com preocupação pelos técnicos envolvidos no acompanhamento da gravidez, devendo a intervenção psicológica ser perspectivada como parte integrante de todo o processo de vigilância e acompanhamento da gravidez no sistema de saúde que o enquadra. Tal como é inquestionável a importância das condições médicas e nutricionais para a saúde materno-infantil, não podemos ignorar a importância que o contexto emocional e relacional também assume para a qualidade do desenvolvimento do novo ser, bem como para a adaptação da mulher à gravidez e à maternidade. Deste

modo, pretendeu-se enfatizar a pertinência da intervenção psicológica na gravidez. A natureza desta crise desenvolvimental torna, aliás, a mulher, especialmente aberta à mudança, reorganização e transformação. Além disso, é um período em que a mulher está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde, para os quais, na maior parte das vezes, está motivada e desperta. A intervenção psicológica na gravidez deverá então ser sublinhada como intervenção precoce para a prevenção de dificuldades relacionais posteriores.

Mas então, importa reflectir nesta intervenção em termos de objectivos e estratégias de mudança. Sendo reconhecido que as estratégias de intervenção psicológica serão tanto mais eficazes quanto mais semelhantes forem aos processos de desenvolvimento psicológico que pretendem promover (Menezes, Coimbra & Campos, 2005), importa, então, estudar e compreender o processo de construção da relação mãe-bebé na gravidez para que se possam intencionalizar estratégias de mudança equivalentes.

Assim sendo, a associação encontrada entre a *Vivência do corpo grávido* e a construção da Relação Mãe-Bebé, remete para a sua ligação aos processos psicológicos de construção da identidade de mãe e de envolvimento emocional com o bebé. A vivência e a identificação com o “novo” corpo grávido, parece, assim, poder traduzir a adaptação à gravidez e a resolução das tarefas desenvolvimentais. Por conseguinte, poder-se-á trazer o “corpo vivido” (Ribeiro, 1996), a forma como a grávida está a vivenciar o seu “novo” corpo, para a intervenção psicoterapêutica junto da grávida, quer como instrumento primário de avaliação clínica da forma como esse processo de desenvolvimento está (ou não está) a decorrer, quer como alvo de intervenção, pois, promovendo-se a vivência do “corpo grávido”, estaremos a promover também a identificação com a própria gravidez e a maternidade, através da construção da relação com o bebé, ainda na fase intra-uterina.

Por conseguinte, a promoção da vivência da gravidez tem como componente psicológico central a forma como é vivenciado o corpo grávido. Para promover esta aceitação da gravidez e o início do processo de identificação com a maternidade, poder-se-á ajudar a lidar com as alterações corporais que, muitas vezes, ocorrem desde as primeiras semanas da gravidez, e que poderão ser bastante intensas (como os enjoos, por exemplo). A primeira tarefa que é colocada à grávida é aceitar a

realidade da gravidez. É que independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o reconhecimento de que a concepção ocorreu implica uma ambivalência inicial entre o desejo e o receio da gravidez. É importante o psicólogo explorar esta ambivalência: a grávida pode sentir-se ansiosa em relação à viabilidade da gravidez, em relação às mudanças que o novo estado implica, em relação à aceitação do bebé e da maternidade (Canavarro, 2001). Esta ansiedade e ambivalência faz parte de todo o processo de adaptação à gravidez (Cohen & Slade, 2000). A confirmação “objectiva” e a partilha do estado de gravidez constituem contributos importante para ultrapassar esta ambivalência.

Mais tarde, com o aparecimento da “barriga” a evidenciar a gravidez, as questões em torno da vivência do corpo acentuam-se. Em princípio, a grávida começará a usar roupas que sinalizam a sua futura maternidade, mas esta alteração da imagem corporal poderá suscitar diferentes reacções: se muitas mulheres apreciam as alterações no seu corpo, outras sentem-se gordas e pouco atraentes; algumas grávidas podem ficar assustadas com o sentido de perda do controlo corporal, outras poderão sentir medo de perder a atractividade física... assim, para muitas mulheres, este aumento do abdómen poderá ser um motivo de ansiedade e preocupação. A exploração da imagem corporal gravídica constitui uma forma de promover a aceitação da gravidez e a relação com o bebé. Se a mulher grávida conseguir sentir-se bem no seu corpo grávido, vendo-o como bonito e feminino, reduzirá muito as dificuldades de se identificar com a gravidez. A visão que o seu companheiro tem das transformações corporais da gravidez, a forma como ele vai percebendo e reagindo às mudanças corporais, fazendo a grávida sentir-se atraente e bonita, também parece influenciar a forma como ela se sente neste “novo” corpo. Mas se é difícil intervir ao nível da relação que o companheiro tem com o corpo grávido da mulher, incontornável é muitas vezes a intervenção nos hábitos alimentares na gravidez. A promoção de uma dieta alimentar saudável poderá ser uma forma de controlo do aumento excessivo de peso. É preciso que o psicólogo esteja atento a esta dimensão, pois tanto pode encontrar grávidas que “comem demais” como sinal de desinvestimento afectivo no corpo (que poderá ser sentido como pouco feminino e assexuado), como pelo contrário, pode encontrar grávidas que evitam comer para contrariar este processo de se sentirem “gordas, pesadas e feias”, e/ou para recuperarem o sentido de controlo pessoal em termos de peso e formas corporais, podendo, desta forma, prejudicar o desenvolvimento fetal, o que indicia também

dificuldades na “entrega pessoal” à gravidez e à maternidade. A intervenção neste domínio poderá envolver a avaliação da história desenvolvimental da relação com o corpo no sentido da produção de *insights* que permitam construir uma forma mais adaptativa e satisfatória de vivência do corpo.

Ainda em relação à intervenção nas questões da imagem corporal e da relação com o corpo que atravessam a gravidez, há que antecipar e trabalhar expectativas, ansiedades e dificuldades relativas ao corpo “pós-parto”, pois muitas grávidas apresentam uma grande preocupação com eventuais alterações permanentes no seu peso e formas corporais. Umas poderão esperar alterações exageradas antecipando um futuro desinvestimento no seu corpo; outras poderão alimentar expectativas, eventualmente idealizadas e irrealistas, de que depois do parto, tudo voltará “ao normal”, ao que seria antes da gravidez. Esta questão poderá ser mais ou menos valorizada pela grávida, mas estará sempre presente sob a forma de dúvidas, receios ou ansiedades, podendo constituir um ponto de partida para, na intervenção psicológica, explorar a forma como a grávida está a lidar com a própria mudança pessoal da gravidez e da maternidade. O psicólogo poderá ainda trabalhar estas questões ao promover comportamentos de cuidado do corpo grávido (como a prevenção de estrias pela aplicação de cremes próprios, a prática de exercício físico ou os cuidados com a pele e o cabelo que eventualmente tenham ficado afectados pelas inevitáveis alterações hormonais), preparando esse pós-parto e intervindo simultaneamente na relação mãe-bebé e na qualidade da vivência da gravidez.

Assim, se por um lado, o “gostar” do bebé deverá manifestar-se através de uma atitude de cuidar do corpo, por outro lado, não podemos esquecer que, em períodos mais sensíveis como a gravidez, podem emergir elementos de uma relação negativa com o corpo anteriores à própria gravidez, o que reforça a importância da avaliação da história desenvolvimental no sentido da reconstrução da relação com o corpo.

Deste modo, a intervenção psicológica na gravidez deve otimizar a oportunidade de mudança proporcionada pela gravidez. No entanto, a forma como as “nossas” participantes perceberam a *Mudança pessoal com a gravidez*, indicia que é atribuída uma significação negativa a esta mudança. Assim, sem nos esquecermos que, como qualquer transição, a gravidez pode envolver uma crise no sistema pessoal, é possível ajudar as grávidas a lidar com esta crise, valorizando a função desenvolvimental do desequilíbrio psicológico provocado por um acontecimento de vida tão transformador

como a gravidez. Assim, a gravidez não deve ser vista apenas como uma ocasião de stress, mas como uma transição desenvolvimental que exige uma mudança, e a consulta psicológica na gravidez deverá privilegiar a promoção do desenvolvimento psicossocial da grávida como objectivo de intervenção.

Mas, tal como uma mulher grávida mais envolvida com o seu bebé e com o seu próprio papel de mãe parece ter também uma relação mais positiva com o seu corpo, esta associação será naturalmente bidireccional, sendo que uma melhor vivência do “novo” corpo contribuirá para as tarefas psicológicas da gravidez, e a construção da relação mãe-bebé na gravidez também poderá contribuir para uma *Vivência do corpo grávido* mais positiva. A intensidade emocional do laço mãe-filho será a forma mais poderosa de atenuar as dificuldades na aceitação da gravidez, em geral, e do corpo grávido, em particular.

Mas como promover a qualidade desta relação mãe-bebé *in utero*? De um modo geral, trata-se de incentivar a representação e a comunicação relativa ao bebé, trata-se de dar espaço para a crescente preocupação com o bebé e com o seu bem-estar, envolvendo a grávida na descrição e personalização do seu bebé a partir das suas fantasias e sonhos, mas também da percepção dos movimentos fetais que, ao ganharem significado, se tornam elementos reais de interacção. Também a vivência dos momentos ecográficos e das tocografias (que confrontam a grávida desde muito cedo com o batimento cardíaco do bebé), enquanto momentos privilegiados de construção de uma representação do bebé como “real”, caracterizados por uma forte componente afectiva, poderão ser também intencionalizados em termos da promoção da relação mãe-bebé.

Por conseguinte, apesar do estudo da dimensão corporal na psicologia valorizar os aspectos perceptivos ou cognitivos e intrapessoais da representação corporal, este estudo evidenciou a importância de uma perspectiva mais dinâmica e relacional que integre também, os afectos bem como as percepções que os outros (e em especial as figuras significativas) comunicam acerca do corpo. Mais do que o espelho objectivo para avaliação das competências perceptivas, importa valorizar as competências corporais relacionais.

Numa análise final do trabalho conduzido, podemos, então, considerar que os resultados encontrados nos proporcionaram elementos relevantes de compreensão do papel da Vivência Corporal nesta transição, tendo sido possível encontrar dados que nos deram uma perspectiva mais completa e, em certa medida, inovadora sobre estes processos psicológicos envolvidos na experiência da gravidez. Destacamos ainda alguns elementos para reflexão, sendo de sublinhar que a *Vivência positiva do corpo* pareceu estar relacionada com aspectos mais estruturantes e menos específicos da gravidez, provavelmente precedendo-a, enquanto que a *Vivência do corpo grávido* evidenciou uma maior sensibilidade às variáveis gravídicas, tal como seria de esperar, na medida em que avalia especificamente a *Vivência do corpo grávido*, ainda que ambas se relacionem com a Relação Mãe-Bebé. Estes resultados foram ao encontro das hipóteses que enformaram este estudo, em que se considerou que esta vivência seria influenciada pela relação com o corpo estabelecida ao longo do percurso desenvolvimental da mulher, precedendo em larga medida a própria gravidez, mas apresentando ainda especificidades e desafios particulares associados às transformações físicas e às implicações psicossociais da gravidez.

Relativamente à Relação Mãe-Bebé, após o esforço de clarificar (ou questionar?) a sua forma de conceptualização, levantando-se algumas pistas de reflexão, e procurando apresentar questões (mais do que fornecer as respostas), considera-se que, ao longo do processo, algumas controvérsias poderão ter sido exploradas, mas que muitas ficaram em aberto, desejando-se que proporcionem inspiração para estudos futuros.

Ainda assim, foi possível identificar empiricamente alguns factores da qualidade da relação mãe-bebé que proporcionaram pistas para intervenção psicológica na gravidez, nomeadamente ao nível da prevenção das dificuldades relacionais de díades mãe-bebé a partir da promoção da relação com o corpo grávido. Sendo possível antecipar, pela forma como a mulher vivencia a gravidez, a qualidade da relação que estabelece com o seu filho, reveste-se de grande importância determinar os vários factores que condicionam a adaptação da mulher à gravidez e a resolução das tarefas psicológicas envolvidas nesse processo. Procurou-se analisar os processos envolvidos na relação com o corpo e a sua associação ao funcionamento e desenvolvimento do sujeito psicológico, de modo a potenciar a compreensão e avaliação psicológica, e

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

proporcionando abordagens mais completas de intervenção, como será o caso da intervenção psicológica na gravidez que poderá ser enriquecida pela dimensão corporal, como este estudo parece sugerir.

Referências bibliográficas

- Affonso, D. D., Liu-Chiang, C. & Mayberry, L. J. (1999).** Worry: Conceptual dimensions and relevance to childbearing women. *Health Care for Women International*, 20 (3): 227-236.
- Ainsworth, M. D. S. (1973).** The development of infant-mother attachment. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (Eds.). *Review of Child Development Research*, vol.3. Chicago: University of Chicago Press.
- Allen, B., Austin, E., Burton, A. & Morgan, V. (2002).** The psychological benefits of exercise on postnatal women. In <http://www.geocities.com/CollegePark/5686/su99p7.htm>.
- Ambert, A. (1992).** *The effect of children on parents*. NY, USA: The Haworth Press.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Prucchini, P., Tambelli, R. & Zampino, F. (1992).** Representations and narratives during pregnancy: *Infant Mental Health Journal*, 13 (2), 167-182.
- Anthony, E. J. & Benedek, T. (1970).** *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Oxford: Little, Brown.
- Antonucci, T.C. & Mikus, K. (1988).** The power of parenthood: Personality and attitudinal change during the transition to parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg, *The transition to parenthood: Current theory and research*. New York: Cambridge University Press.
- Areias, M. E. (1994).** *Maternidade e depressão no casal*. Dissertação apresentada a provas de doutoramento. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- Baillie, C., Hewison, J. & Mason, G. (1999).** Should ultrasound scanning in pregnancy be routine? *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 17 (2), 149.
- Ballou, J. (1978).** The significance of reconciliative themes in the psychology of pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42, 383-413.
- Barber, J. S., Axinn, W. G. & Thornton, A. (1999).** Unwanted childbearing, health and mother-child relationships. *Journal Health & Social Behaviour*, 40 (3): 231-257.
- Barbosa, R. (2001).** A vinculação aos pais e a imagem corporal de adolescentes e jovens. *Dissertação de mestrado*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Barbosa, R. & Costa, M. E. (in press).** Attachment to parent influence in body image of adolescents and young adults. *Submetido a publicação*.
- Barbosa, R. , Costa, M. E. & Matos, P. M. (2004).** Body image, parent, peers and romantic attachment in portuguese adolescents. *Poster apresentado na 9ª Conferência da EARA, 4-8 May*. Porto, Portugal.
- Barbosa, S. (2002).** Relações de vinculação e a experiência emocional do toque: Estudo exploratório. *Dissertação de mestrado*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Bartholomew, K. (1997).** Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70:249-263.
- Bartholomew, K. (1994).** The assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry*, 5: 23-27.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991).** Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2): 226-244.

- Bartholomew, K.** (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7: 147-178.
- Belsky, J., Lang, M. E. & Rovine, M.** (1985). Stability and change across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and Family*, 47 (4): 855-865.
- Belsky, J. & Isabella, R.** (1988). *Maternal, infant, and social-contextual determinants of attachment security. Clinical implications of attachment.* J. Belsky & T. Nezworski, (Eds.), pp. 41-94. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Belsky, J. & Nezworski, T.** (1988). Children and marriage. In F. D. Fincham & T. N. Bradbury (Eds.), *The Psychology of Marriage: basic issues & application*. New York: The Guilford Press.
- Belsky, J. & Jaffee, S.** (*in press*). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. Cohen (eds), *Developmental Psychopathology*, 2nd Ed., New York: Wiley.
- Benedek, T.** (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389 – 417.
- Benoit, D. & Parker, K. C. H.** (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38 (3): 307-313.
- Benoit, D., Parker, K. C. H. & Zeanah, C. H.** (1997/8). Mothers' internal representations of their infants during pregnancy: stability over time and association with infants' attachment classifications at 12 months. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 38: 307-313.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E. & Coolbear, J.** (1997). Working model of the child interview: Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18: 107-12.

- Berryman, J. C. & Windridge, K. C. (1996).** Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 14: 133-143.
- Bibring, G. L. (1959).** Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 14: 113-121.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. & Valenstein, A. F. (1961).** A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16: 9-24.
- Bloom, K. C. (1995).** The development of attachment behaviours in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 44 (5): 284-289.
- Bowlby, J. (1969).** *Attachment and loss*. Vol.1, *Attachment*, London: Hogart.
- Bowlby, J. (1973).** *Attachment and loss*. Vol.2, *Anxiety and anger*, London: Hogart.
- Bowlby, J. (1980).** *Attachment and loss*. Vol.3, *Sadness and depression*, London: Hogart. Dermer, 1995.
- Bowlby, J. (1988).** *A Secure base: Parent-child attachment and healthy human Development*, New York: Basic Books.
- Brazelton, T. B. (1981).** *Tornar-se família*, Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1989).** *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção*. Lisboa: Terramar.
- Breen, D. (1975).** *The birth of a first child: Towards an understanding of femininity*. London: Tavistock.

- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C. & Sherman, M. (1989).** Attachment: the parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10: 203-221.
- Bronfenbrenner, U. (1979).** *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.
- Brown, M. (1994).** Marital discord during pregnancy: A family systems approach. *Family Systems Medicine*, 12 (3): 221-234.
- Brown, S. R., Pipp, S., Martz, C. & Waring, R. (1993).** Connection and separation in the infant-mother dyad: Patterns of touch and use of interpersonal space. *Infant Mental Health Journal*, 14 (4): 317-331.
- Bruch, H. (1973).** Psychiatric aspects of obesity. *Psychiatric Annals*, 3 (7): 6-10.
- Caccia, N., Johnson, J., Robinson, G. & Barna, T. (1991).** Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: Chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal Obstetric Gynecology*, 165 (4): 1122-1125.
- Callister, L. C. (1995).** Cultural meanings of childbirth. *Journal of Obstetrical and Gynecological Neonatal Nursing*, 24 (4): 327-331.
- Campos, B. P. (1993).** Consulta psicológica nas transições desenvolvimentais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9: 5-9.
- Canavarro, M. C. (2001).** Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cannella, B. L. (2005).** *An investigation of the mediators of the relationship between social support and positive health practices in pregnant women*. New Jersey: The State University of Rutgers.

- Caplan, G.** (1960). Patterns of parental response to the crisis of premature birth: A preliminary approach to modifying the mental-health outcome. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 23: 365-374.
- Carlsson, S. G.** (1978). Effects of amount of contact between mother and child on the mother's nursing behavior. *Developmental Psychobiology*, 11 (2):143-150.
- Carneiro, M. F.** (1993) Comunicação mãe-feto na gravidez: breve abordagem. *Nursing*, 6 (71): 8-10.
- Carter-Jessop, L. & Keller, B.** (1987). *Early maternal bonding*. In T. R., Verny et al (eds.). *Pre- and perinatal psychology: an introduction* (pp 107-127). New York: Human Sciences Press.
- Casey, E. S.** (1987). *Remembering: A phenomenological study*. Bloomington: Indiana University Press.
- Cash, T. F.** (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 51-79). New York: Guilford.
- Chazotte C., Freda M., Elovitz M. & Youchah J.** (1995). Maternal depressive symptoms and maternal fetal attachment in gestational diabetes. *Journal Women's Health*, 4: 375-380.
- Chodorow, N.** (1995). Individuality and difference in how women and men love, In A. Elliott and S. Frosh (eds.), *Psychoanalysis in Contexts: Paths between theory and modern culture* (pp. 89-105). London: Routledge.
- Cicchetti, D. & Cohen, D.** (Eds) (in press), *Developmental Psychopathology*, 2nd Ed., New York: Wiley.

- Cohen, L. J. & Slade, A. (2000).** The Psychology and the psychopathology of pregnancy: reorganization and transformation. In C. H. Jr. Zeanah et al (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health*, New York: The Guilford Press.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994).** *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Colpin, H., De-Munter, A., Nys, K. & Vandemeulebroecke, L. (1998).** Prenatal attachment in future parents of twins. *Early Development and Parenting*, 7 (4): 223-227.
- Condon, J. T. & Esuvarranathan, V (1990).** The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first and second time expectant couples. *British J. of Medical Psychology*, 63, 369-77.
- Condon, J. T. (1993).** The Assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Condon, J. T. & Corkindale, C (1997).** The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-72.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987).** The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 485-494.
- Cooper, P. J., Murray, L. & Hooper, R. (1996).** The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 26 (3): 627-634.
- Costa, M. E. (1988)** Consulta psicológica e desenvolvimento de mulheres. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4: 83-89.
- Costa, M. E. & Menezes, I. (1991).** Consulta psicológica de adultos em centros comunitários. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7: 77-82.

- Costa, M. E. & Matos, P. M. (1996).** Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12: 45-54.
- Costa, M. E. (2005).** *A intimidade nas relações amorosas*. Porto: Ambar.
- Couto, A. J. (1995).** A Gravidez: das suas representações às atitudes perante as crenças. In L. Almeida, M. S. Araújo, M. C. Vila-Chã & M. H. Oliveira (Eds.), *Áreas de Intervenção e Compromissos Sociais do psicólogo*. Lisboa: APPORT.
- Cowan, P. A. & Cowan, C. P. (1988).** Changes in marriage during the transitions to parenthood: must we blame the baby? In G.Y. Michaels & W.A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: current theory and research* (pp.114-154). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cowan, C. P. & Cowan, P. A. (1992).** *When partners become parents: the big life change for couples*. New York: Basic Books.
- Cox, M., J., Paley, B., Burchinal, M. & Payne, C. C. (1999).** Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage & Family*, 61 (3): 611-625.
- Cranley, M. S. (1981).** Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30 (5): 281-284.
- Cranley, M. S. (1984).** Social Support as a factor in the development of parents' attachment to their unborn. *Birth Defects*, 20, 99-109.
- Cranley, M. S. (1992).** A critical review of prenatal attachment research: Response. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 6 (1): 23-26.
- Cranley, M. S. (1993).** The origins of the mother-child relationship: a review. *Physical and occupational therapy in pediatrics*. 12 (2-3): 39-51.

- Crockenberg, S. & McCluskey, K. (1986).** Change in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development*, 57(3): 746-753.
- Curry, M. A. (1987).** Maternal behavior of hospitalised pregnant women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 7: 165-182.
- Curtin, C. A. (1999).** The pregnant pregnant body as transitional object: a psychoanalytic inquiry into the intermediate nature of the pregnant somatopsyché. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(12-B).
- Cyrulnik, B. (1989).** *Sob o signo do afecto*. Lisboa: Piaget.
- Deave, T. (2005).** Associations between child development and women's attitudes to pregnancy and motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (1): 63-75.
- Deutsch, H. (1945).** *La Psychologie des Femmes*, Vol.2: La Maternité. Paris: PUF.
- Devine, C. M., Bove, C., F. & Olson, C. M. (2000).** Continuity and change in women's weight orientations and lifestyle practices through pregnancy and the postpartum period: The influence of life course trajectories and transitional events. *Social Science & Medicine*, 50: 567-582.
- Duarte, C. & Matos P. M. (2004).** *Filho és, pai serás: Nós (os pais), também existimos!* Porto: Ambar.
- Durkin, S., Morse, C. & Buist, A. (2001).** The factor structure of prenatal psychological and psychosocial functioning in first-time expectant parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (2): 121-134.

- Dykes, K. & Stjernqvist, K. (2001).** The importance of ultrasound to first-time mothers' thoughts about their unborn child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (2): 95-104.
- Earle, S. (2002).** "Bumps and boobs": Fatness and women's experiences of pregnancy. *Women's Studies International Forum*, 26 (3): 245-252.
- Elwood, E. L. P. (1999).** Identity negotiation and 1st birth: a study of social process. Dissertação de Doutoramento. University of Texas: Austin.
- Emde, R. N. (1988).** Introduction: Reflections on mothering and on reexperiencing the early relationship experience. *Infant Mental Health Journal*, 9 (1): 4-9.
- Emde, R. N. & Buchsbaum, H. K. (1990).** Didn't your hear my moomy? In D. Cicchetti & M. Beeghly, *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 35-60). Chicago: University of Chicago Press.
- Entwisle, D. R. & Doering, S. G. (1981).** *The first birth: A family turning point*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Erikson, E. (1950).** *Childhood and society*. Nova Yorque: W. W. Norton.
- Falicov, C. J. (Ed.) (1988).** *Family transition: Continuity & change over the life cycle*. New York: The Guilford Press.
- Feldmann, H. (1977).** Body Experience in Pregnancy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 23 (4): 310-328.
- Ferreira, M. E. (2005).** Contributo para o estudo do processo de transição para a parentalidade: O caso da prematuridade. *Dissertação apresentada a provas de doutoramento*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

- Ferreira, P. L. & Marques, F. B. (1998).** *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: Princípios metodológicos gerais.* Universidade de Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia.
- Feske, U., Shear, M. K., Anderson, B., Cyranowski, J., Strassburger, M., Matty, M., Luther, J. & Frank, E. (2001).** Comparison of severe life stress in depressed mothers and non-mothers: Do children matter? *Depression & Anxiety*, 13 (3):109-117.
- Field, T. (1992).** Interventions in early infancy. *Infant Mental Health Journal*, 13 (4): 329-336.
- Figueiredo, B. (2000).** Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 349-380). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B., Mendonça, M. & Sousa, R. (2002).** Versão portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Análise Psicológica*, in press.
- Fisher, S. & Cleveland, S. E. (1958).** *Body image and personality.* Oxford: Van Nostrand.
- Fisher, S. (1986).** *Development and structure of the body image*, vol.2. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fischer, S. & Gillman, I. (1991).** Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry for the Study of Interpersonal Processes*, 54 (1): 13-20.
- Fischer, R. C., Stanford, J. B., Jameson, P. & Dewitt, M. J. (1999).** Exploring the concepts of intended, planned and wanted pregnancy. *Family Practice*, 48 (2): 117-122.

- Fleming, A. S., Steiner, M. & Anderson, V. (1987).** Hormonal and attitudinal correlates of maternal behaviour during the early postpartum period in first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5(4): 193-205.
- Fleming, A. S. & Corter, C., (1988).** Factors influencing maternal responsiveness in humans: Usefulness of an animal model. *Psychoneuroendocrinology*, 13: 189-212.
- Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L. & Van Wagner, V. (1990).** Adjustment in first-time mothers: Changes in mood and mood content during the early postpartum months. *Developmental Psychology*, 26: 137-143.
- Fletcher, J.C & Evans, M.I. (1983).** Maternal bonding in early fetal ultrasound examinations. *New England Journal of Medicine*, 308(7): 392-3.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996).** Playing with reality. Vol.I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77: 217-233.
- Fonagy, P.; Steele, H. & Steele, M. (1991).** Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62: 891-905.
- Foster, S. F. (1996).** Body Image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (2): 181-184.
- Fowles, E. R. (1996).** Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 1 (2): 75-82.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975).** Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14: 387-422.

- Franco, F., Fogel, A., Messinger, D. S. & Frazier, C.A.** (1996) Cultural differences in physical contact between hispanic and anglo mother-infant dyads living in the United States. *Early Development and Parenting*, 5 (3): 119-127.
- Frankl, L.** (1963). Development of object constancy: Stages in the recognition of the baby's feeding bottle. *Journal of Humanistic Psychology*, 3(2), 60-71.
- Frank, M A; Tuber, S; Slade, A & Garrod, E** (1994). Mothers' fantasy representations and infant security of attachment: A Rorschach study of first pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*, 11: 475-491.
- Freud, S.** (1940). An outline of psychoanalysis [1938]. *Int. J. Psychoanal.*, 21:27-84.
- Freud, S.** (1940). Some elementary lessons in psycho-analysis. [1938], *S.E.*, 23:281-286.
- Furnham, A., Alibhai, N.** (1983). Cross-cultural differences in the perception of female body shapes. *Psychological Medicine*, 13: 829-837.
- Gaffney, K. F.;** (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal-Child Nursing Journal*, 15(2): 91-101.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M.** (1985). The Adult Attachment Interview. *Manuscrito não publicado*, University of California, Berkeley.
- George, C. & Solomon, J.** (1996). Representational models of relationships: links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health*, 17: 198-216.
- Gil, M. J.** (1998). Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 3 (16): 393-404.
- Gilligan, C.** (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.

- Gloger-Tippelt, G.** (1988). The development of the mother's conceptions of the child before birth. *Paper presented at the Sixth Biennial International Conference of Infant Studies*. Washington.
- Gloger-Tippelt, G.** (1983). A process model of the pregnancy course. *Human Development*, 26: 134-148.
- Goldberg, S.** (1983). Parent-infant bonding: Another look. *Child Development*, 54: 1355-1382.
- Grace, J. T.** (1989). Development of maternal fetal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 38 (4): 228-232.
- Green, J. M. & Kaftersios, K.** (1997). Positive experiences of early motherhood: Predictive variables from a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15 (2), 141-158.
- Greenspan, S. I.** (1997). *Developmentally based psychotherapy*. Madison: International Universities Press.
- Gross, D. L., DeHart, G. B. & Sroufe, L. A.** (1996). *Child Development: Its nature and course*. USA: Mc Graw-Hill.
- Grossmann, F. K., Eichler, L. S. & Winickoff, S. A.** (1980). *Pregnancy, Birth and Parenthood: adaptations of mothers, fathers, and infants*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Lütkenhaus, P.** (1985). Transactional influences of infants' orienting ability and maternal cooperation on competition in three-year-old children. *International Journal of Behavioral Development*, 8(3), 257-272.
- Grossmann, K., Fremer-Bombik, E., Rudolph, J. & Grossmann, K. E.** (1988). Maternal attachment representation as related to patterns of infant-mother attachment and

maternal care during the first year of life. In R. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds), *Relationships within Families*, (pp. 241-62), Oxford: Clarendon Press.

Grosz, E. (1994) *Volatile bodies: Toward a corporeal feminism*. Indiana University Press

Grunebaum, L. (1990). *Adult attachment classification and its relationships to the psychological tasks of pregnancy*. Unpublished doctoral dissertation. City University of New York.

Guidano & Liotti (1986). *Emotional Disorders*. NY: Guilford Press.

Hackle, L. S. & Ruble, D. N. (1992). Changes in the marital relationship after the first baby is born: Predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62: 944-957.

Haft, W & Slade, A (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10 (3):157-172.

Harlow, H. (1974). *Learning to love*. New York: Jason Aronson.

Harlow, H. F. & Suomi, S. J. (1970). Nature of love: Simplified. *American Psychologist*, 25(2), 161-168.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13: 673-685.

Harré, R. (1995). The necessity of personhood as embodied being. *Theory & Psychology*, 5 (3): 369-373.

Harrison, M. (1990). Is love seen as different for the obese? *Journal of Applied Social Psychology*, 20: 1209-1224.

Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

- Heidrich, S. M. & Cranley, M. S. (1989).** Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38 (2): 81-87.
- Heinicke, C. M. (1995).** Determinants of the transition to parenting. In Marc H. Bornstein (ed.), *Handbook of parenting*, vol. 3: Status and social conditions of parenting. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum.
- Huang, H., Wang, S. & Chen, C. (2004).** Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in taiwan. *Birth*, 31 (3), 183-188.
- Huckabay, L. M. D. (1999).** The effect on bonding behavior of giving a mother her premature baby's picture. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 13 (4): 349-362.
- Huganir, L. S. (1990).** Body image in pregnancy: an attachment perspective. *Unpublished dissertation*. City University of New York.
- Hunfeld, J. A. M., Wladimiroff, J. W. & Passchier, J. (1997).** Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital anomalies: A follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*, 70: 85-91.
- Janssen, H. J. E. M., Cuisinier, M. C. J., de Grauw, K. P. H. M. & Hoogduin, K. A. L. (1997).** A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry*, 54 (1): 36-61.
- Janssen, H. J. E. M., Cuisinier, M. C. J., Hoogduin, K. A. L. & de Grauw, K. P. H. M. (1996).** Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153: 226-230.
- Jenkin, W. & Tiggeman, M. (1997).** Psychological effects of weight retained after pregnancy. *Women and Health*, 25 (1): 89-98.

- Johnson, A.** (1991). *Selfhood and embodiment: reflecting on pregnancy and its implications.* *Humanistic Psychologist*, 19 (3): 301-312.
- Jordan, P. L.** (1990). *Laboring for relevance: Expectant and new fatherhood.* *Nursing Research*, 39 (1): 11-16.
- Justo, J. M.** (1994). *A evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez.* Dissertação de Doutoramento, Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Kemp, V. H. & Page, Cecilia** (1987). *Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy.* *Maternal Child Nursing Journal*, 16 (3): 195-206.
- Kennell, J. H. & Klaus, M. H.** (1993). *Parent counselling.* In R. A. Knuppel & E. J. Drukker (Eds). *High-risk pregnancy: A team approach.* Philadelphia: Saunders Company.
- Kennell, J. H. & Klaus, M. H.** (1984). *Mother-infant bonding: Weighing the evidence.* *Developmental Review*, 4 (3): 275-282.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H.** (1976). *Maternal-Infant Bonding.* St. Louis: Mosby.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., Plumb, N. & Zuehlke, S.** (1970). *Human maternal behaviour at the first contact with her young.* *Pediatrics*, 46 (2), 187.
- Koniak-Griffin, D. & Lominska, S.** (1993). *Social support during adolescent pregnancy: A comparison of three ethnic groups.* *Journal of Adolescence*, 16 (1) 43-57.
- Koniak-Griffin, D.** (1989). *Psychosocial and clinical variables in pregnant adolescents: A survey of maternity home residents.* *Journal of Adolescent Health Care*, 10(1): 23-29.

- Koniak-Griffin, D.** (1988). The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 11, 269-278.
- Kumar, R., Robson, K. M. & Smith, M. R.** (1984). Development of a self-administred questionnaire to measure Maternal Adjustment and Maternal Attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28 (1): 43-51.
- Lai, B., Tang, C. S. & Tse, W. K.** (2005). Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among chinese pregnant women in Hong Kong. *Eating Disorders*, 13 (2): 171-186.
- Larney, B., Cousens, P. & Nunn, K. P.** (1997). Maternal Representation Reassessed. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 2 (1): 125-144.
- Laxton-Kane, M. & Slade, P.** (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4), 253-266.
- Leal, I.** (1990). Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In J. L. Ribeiro (Ed.). *Actas do II congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga.
- Lederman, R. P.** (1996). *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Development*. USA: Springer.
- Leifer, M.** (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monograph*, 95, 55-96.
- Leifer, M.** (1980). *Psychological effect of motherhood: a study of 1st pregnancy*. New York: Prager.
- Leon, I. J.** (1986). Psychodynamics of perinatal loss. *Psychiatry*, 49: 312-324.

- Lerum, C. W. & LoBiondo-Wood, G. (1989).** The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16 (1): 13-7.
- Lester, E. & Norman, M. T. (1986).** Pregnancy, developmental crises and object relations: Psychoanalytic considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 67: 357-366.
- Lewis, M., Kagan, J. & Kalafat, J. (1966).** Patterns of fixation in the young infant. *Child Development*, 37 (2), 331.
- Lieberman, A. F. (1997).** Toddlers' internalization of maternal attributions as a factor in quality of attachment. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and Psychopathology* (pp. 277-291). New York: Guilford Press.
- Lindgren, K. (2001).** Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24 (3), 203-217.
- Lobiondo-Wood, G. (1985).** The progression of physical symptoms in pregnancy and the development of maternal-fetal attachment. *Dissertation Abstracts International*, 46, 2625-B.
- Low, S. M. (1994).** Embodied metaphors: Nerves as lived experience. In Thomas J. Csordas (ed.). *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. UK: Cambridge University Press.
- Lugt-Tappeser, H. & Wiese, B. (1994).** A prospective study on maternal behavior during the neonatal period: a pilot study. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43 (9): 322-330.

- Lumley, J.** (1972). The development of maternal-foetal bonding in first pregnancy. *Third International Congress, Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*. Basle: Karger.
- Lupton, D. & Barclay, L.** (1997). *Constructing fatherhood: Discourses and experiences*. London: Sage Publications.
- Lydon, J. & Dunkel-Schetter, C.** (1994). Seeing is committing: A longitudinal study of bolstering commitment in amniocentesis patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20 (2), pp. 218-227.
- Lydon, J., Dunkel-Schetter, C., Cohan, C. L. & Pierce, T.** (1996). Pregnancy decision making as a significant life event: A commitment approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (1): 141-151.
- Main, M., & Goldwyn, R.** (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. Vol 8 (2),. Special issue: *Infant mental health from theory to intervention*: 203-217.
- Main, M., Kaplan, J.H. & Cassidy, J.** (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development*, 50 (1-2): 209.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchiato, A. M., Cooper, M. L., Testa, M. & Mueller, P. M.** (1990). Perceived social-support, self-efficacy and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3): 452-463.
- Matos, P. M., Almeida, H. M. & Costa, M. E.** (1998). Dimensions of attachment to mother and father in portuguese adolescents. *Poster apresentado na 6th Bienal Conference of the European Association of Research on Adolescence*, Budapeste, Hungria.

- Matos, P. M., Barbosa, S. Almeida, H. M. & Costa, M. E. (1999).** Attachment and identity in portuguese late adolescents. *Journal of Adolescence*, 22: 805-818.
- Matos, P. M. & Costa, M. E. (2004).** Assessing attachment representations in adolescence: The Father/Mother Attachment Questionnaire. *Poster apresentado na conferência internacional EARA na Universidade do Porto no dia 7 de Maio.*
- McCarthy, M. E. (1999).** A longitudinal study of body image and adjustment during pregnancy and puerperium. *Dissertations Abstract International*, 60 (2-B), 0836.
- McKinley, N. M. (1999).** Mothers' and daughters' body experience. *Developmental Psychology*, 35 (3): 760-769.
- Meireles, A. & Costa, M. E. (2005).** A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18 (2): 75-98.
- Mendes, I. M. (2002).** *Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento.* Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendonça, M. (2003).** Adaptación al embarazo y prematuridad. *Dissertação de doutoramento.* Badajoz: Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Sociología de la Educación.
- Menezes, I., Coimbra, J. L. & Campos B. P. (2005).** *The affective dimension of education: European perspectives.* Porto: Fundação para a Ciência e Tecnologia & Centro de Psicologia da Universidade do Porto.
- Mercer, R. T. & Ferketich, S. L. (1988).** Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. *Advances in Nursing Science*, 10(2), 26-39.

- Mercer**, R. T. & Ferketich, S. L. (1990). Predictors of family functioning eight months following birth. *Nursing Research*, 39 (2), 76-82.
- Mercer**, R. T., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J. & Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing and Health*, 11: 83-95.
- Mikhail** M., Freda M.C., Merkatz R.B., Polizzotto R., Mazloom E. & Merkatz I.R. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to the fetus. *Am Journal Obstetrics Gynecology*; 165 (4): 988-991.
- Mikulincer**, M. & Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies and mental health during pregnancy: The contribution of Attachment Style. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 18 (3): 255-276.
- Milne**, L. S. & Rich, O. J. (1981). Cognitive and affective aspects of the responses of pregnant women to sonography. *Maternal Child Nursing Journal*, 10 (1): 15-39.
- Morris**, D. (1981). Attachment and intimacy. In C. Strieker & M. Fisher (Eds.), *Intimacy*. (pp. 305-323). New York: Plenum.
- Muller**, M. E. (1992). Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal child nursing journal*, 20 (1): 1-10.
- Muller**, M. E. & Ferketics, S. (1993). Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research*, 42 (3): 144-147.
- Murcott**, A. (1988). On the altered appetites of pregnancy: conceptions of food, body and person. *Sociological Review*, 36 (4), 733-764.
- Murray**, L., Fiori-Cowley, A. & Hooper, R. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes. *Child Development*, 67 (5): 2512-2526.

- Narciso, I. & Costa, M. E. (1996).** Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12: 115-130.
- Nascimento, M. J. (2003).** Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1 (21): 47-51.
- Nelson, L. J. & Fazio, A. F. (1995).** Emotional content of talk to the fetus and healthy coping behaviors during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16 (3): 179-191.
- Newman, P. R. & Newman, B. M. (1988).** *Transitions to Parenthood*. The Haworth Press.
- Nicolson, P. (1999).** Loss, Happiness and postpartum depression: the ultimate paradox. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 16 (2/3): 177-97.
- Oakley, A. (1979).** *Becoming a mother*. Oxford: Martin Robertson.
- Olkin, S. K. (1987).** Prenatal yoga, inner bonding and natural birth. In Verny, Thomas R. et al (eds.). *Pre- and Perinatal Psychology: an introduction*. New York: Human Sciences Press.
- Orbach, I. & Mikulincer, M. (1998).** The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10 (4): 415-425.
- Orbach, S. (2004).** What can we learn from the therapist's body? *Attachment and Human Development*, 6 (2), 141-150.
- Osofsky, J. D. & Osofsky, H. J. (1984).** Psychological and developmental perspectives on expectant & new parenthood In R. Parke (Ed.). *Review of Child Development Research*. Chicago: Chicago University Press.

- Pearce, H. & Ayers, S. (2005).** The expected child versus the actual child: implications for the mother-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (1), 89-102.
- Pereira, M. G., Santos, A. C. & Ramalho, V. (1990).** Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 4 (8), Notas de Investigação.
- Pereira, M. F. (1996).** *O corpo e o cuidar no feminino: construção feminina da noção de corpo e das experiências da gravidez*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Phipps, S. (1985).** The subsequent pregnancy after stillbirth: anticipatory parenthood in face of uncertainty. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15: 243-264.
- Pines, D. (1972).** Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45: 333-343.
- Pipp, S. (1990).** Sensorimotor and representational internal working models of self, other and relationship: Mechanisms of connection and separation. In D. Cicchetti & M. Beeghly. *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 243-264). Chicago: University of Chicago Press.
- Pollock, P. H. & Percy, A. (1999).** Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23 (12): 1345-1357.
- Priel, B. & Besser, A. (1999).** Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 18 (2), 240-253.
- Pylvänäinen, P. (2003).** Body image: A tripartite model for use in dance / movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25 (1), 39-55.

Reading, A. E. (1983). The evolution of maternal feelings. In A. E. Reading, *Psychological aspects of pregnancy*, cap.4: New York: Longman.

Reading, A. E. & Cox, D. N. (1982). The effects of ultrasound examination on maternal anxiety levels. *Journal of Behavioral Medicine*, 5 (2), 237-247.

Reading, A. E., Cox, D. N., Sledmere, C. M. & Campbell, S. (1984). Psychological changes over the course of pregnancy: A study of attitudes towards the fetus / neonate. *Health Psychology*, 3: 211-221.

Relvas, A. P. & Lourenço C., M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, A. (1996). O corpo vai ao psicólogo. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12: 39-44.

Ribeiro, A. (2003). *O corpo que somos: Aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias.

Richardson, P. (1994). "Body experience differences of women with pregnancy-induced hypertension" . *Maternal Child Nursing Journal*. v.22 (4): 121-133.

Richardson, P. (1996). Body Experience differences of women with preterm labor. *Maternal Child Nursing Journal*, 24 (1): 5-17.

Richardson, P. (1990). Women's experience of body change during normal pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 19 (2): 93-111.

Richardson, P. (1983). Women's perception of change in relationship shared with their husbands during pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 12 (1): 1-19.

- Ricks, M.** (1985). The social transmission of parental behaviour: Attachment across generations. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 211-227). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209).
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M. & Nicolini, U.** (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137.
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D. & Sandman, C. A.** (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18 (4): 333-345.
- Robson, B. & Mandel, D.** (1985). Marital adjustment and fatherhood. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30 (3): 169-172.
- Robson, K. M., Kumar, R. & Smith (1980).** Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136: 347-353
- Rosen, J. C., Orosan-Weine, P. & Tang, T.** (1997). Critical experiences in the development of body image. *Eating disorders*, 5 (3), 191- 204.
- Rossi, A.** (1968). Transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 30, 26-39.
- Rubin, R.** (1984). *Maternal identity and maternal experience*. New York: Springer.
- Rubin, R.** (1975). Maternal Tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 4: 143-153.
- Ruble, D. N., Fleming, A. S., Stangor, C., Brooks-Gunn, J., Fitzmaurice, G. & Deutsch, F.** (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3): 450-463.

- Ruddick, S.** (1980). Maternal thinking. *Feminist Studies*, 6, 343-367.
- Sá, E. & Biscaia, J.** (1997) A gravidez no pensamento das mães. In Eduardo Sá (Ed.) *A Maternidade e o Bebê* (41-50). Lisboa: Fim de Século.
- Schilder, P.** (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schmied, V. & Lupton, D.** (2001). The externality of the inside: Body images of pregnancy. *Nursing Inquiry*, 8, 32-40.
- Scott, D. A. & Hill, J.** (2001). Stability and change in parenting beliefs in first-time mothers from the pre- to postnatal period. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 19 (2): 105-119.
- Siddiqui, A., Haeggloef, B. & Eisemann, M.** (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1): 67-74.
- Siddiqui, A., Haeggloef, B. & Eisemann, M.** (1999). An exploration of prenatal Attachment in Swedish Expectant Women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (4): 369-380.
- Sjogren, B., Edman, G., Widström, A. M., Mathiesen, A. S. & Uvnäs-Moberg, K.** (2004). Maternal fetal attachment and personality during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (2): 57-69.
- Slade, A. & Cohen, L.** (1996). The process of parenting and the remembrance of things past. *Infant Mental Health Journal*, 17 (3): 217-238.
- Smith, J. A.** (1999a). Identity Development during transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (3): 281-299.

- Smith, J. A.** (1999b). Towards a relational self: Social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood. *British Journal of Social Psychology*, 38: 409-26.
- Stainton, M. C.** (1990). Parents' awareness of their unborn infant in the third trimester. *Birth*, 17, 92-96.
- Stanton, F & Golombok, S** (1993). Maternal-fetal attachment during pregnancy following in vitro fertilization. *Journal of Psychosom Obstet Gynaecol.*, 14 (2): 153-8.
- Stern, D. N. & Bruschweiler-Stern N.** (1998). *The birth of a mother*. New York: Basic Book.
- Stern, D. N.** (1989). The representation of relational patterns: Developmental considerations. In R. N. Emde & A. J. Sameroff (Eds.). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (52-69). New York: Basic.
- Stoléru, S., Grinshpoun, M., Guillet, S. & Moralés-Huet, M.** (1995). Maternal attitudes during pregnancy predict mother-infant physical proximity six months after birth. *Early Development and Parenting*, 4 (3): 137-149.
- Strauss, B. & Appelt, H.** (1990). Results obtained with a body experience questionnaire. In *Body Experience*, E. Brahler (Ed.). Heidelberg: Springer.
- Strauss, B. & Appelt, H.** (1983). A questionnaire for the subjective assessment of one's body. *Diagnostica*, 29 (2): 145-164.
- Svejda, M. J., Campos J. J. & Emde, R. N.** (1980). Mother-infant "bonding": Failure to generalize. *Child development*, 51: 775-779.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S.** (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.

- Taleporos, G. & McCabe M. P.** (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology & Health*, 20 (5): 637-650.
- Trad, P. V.** (1990). Emergence and resolution of ambivalence in expectant mothers. *American Journal of Psychotherapy*, 44: 577-589.
- Trad, P. V.** (1991). Adaptation to developmental transformations during the various phases of motherhood. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19 (3): 401-421.
- Van der Velde, C.** (1985). Body images of one's self and others: Developmental and clinical significance, *Am. Journal Psychiatry*, 142 (5).
- Van Ijzendoorn, M. H. & Leiden U.** (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12 (1): 76-99.
- Vito, K. O.** (1986). The development of maternal-fetal attachment and the association of selected variables. *Dissertation Abstracts International*, 47 (3-B),pp. 998.
- Wayland, J. & Tate, S.** (1993). Maternal-fetal attachment and perceived relationships with important others in adolescents. *Birth*, 20, (4): 198-203.
- Wayland, S. R.** (1988). Pregnancy and parenting in adolescence: Correlates of maternal-fetal attachment and quality of the home environment the adolescent provides for her infant. *Dissertation Abstracts International*, 48 (8-B).
- Weaver, R. H. & Cranley, M. S.** (1981). An exploration of paternal-fetal attachment behavior. *Nursing Research*, 32 (2): 68-72.

- White**, M. A., Wilson, M. E., Elander, G. & Persson, B. (1999). The swedish family: Transition to parenthood. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (3): 171-176.
- Williams**, T. M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., Aiken, L. S., Painter, S. L. & Davidson, S. M. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health*, 8 (3): 251-265.
- Windridge**, K. C. & Berryman, J. C. (1996). Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women of 35 and over. *Journal of reproductive and infant psychology*, 14 (1): 45-55.
- Winnicott**, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. In *Through pediatrics to psychoanalysis* (pp. 300-305). New York: Basic Books.
- Wolk**, S., Zeanah, C. H., Garcia C. & Cynthia T. (1992). Factors affecting parents' perceptions of temperament in early infancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (1): 71-82.
- Xavier**, M. R. & Paúl, M. C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. In L. S. Almeida, S. Araújo, C. Machado & M. Simões (Eds). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, vol. 4. Braga: APPORT.
- Xavier**, M. R. (2000). Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação. *Dissertação de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto*.
- Xavier**, M. R., Paúl, M. C. & Sousa, L. (s/d). Gravidez e maternidade: construção e validação de uma escala de atitudes. *Manuscrito não publicado*.
- Young**, I. (1990). *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory*. Bloomington: Indiana University Press.

Zachariah, R. (1994). Maternal-fetal attachment: Influence of mother-daughter and husband-wife relationships. *Research in Nursing & Health*, 17 (1): 37-44.

Zeanah, C. H. & Barton, M. L., (1989). Introduction: Internal representations and parent-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 10 (3):135-141.

Zeanah, C. H. (1989). Adaptation following perinatal loss: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (4): 467-480.

Zeanah, C. H., Benoit, D., Hirshberg, L., Barton, M. L., & Regan, C. (1994). Mothers' representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental issues in psychiatry and Psychology*, 1: 9-18.

Zeanah, C. H., Carr, S. & Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: Are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8 (1): 23-36

as significações relativas ao corpo e a relação com o bebé ao longo do processo gravídico

ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

ENQUADRAMENTO DO PROJECTO:

O Projecto de Investigação, com o nome de *“As Significações Relativas ao Corpo e a Relação Mãe-Feto ao longo do Processo Gravídico”*, no domínio da Psicologia da Gravidez, decorre actualmente na **Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto** com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Ministério da Ciência e Tecnologia). Este projecto conta com a colaboração de várias entidades do Sistema Nacional de Saúde, entre as quais a Maternidade de Júlio Dinis, que autorizou o contacto com as suas utentes do Serviço de Consulta Externa – Obstetrícia.

OBJECTIVO DO PROJECTO:

Pretendemos compreender melhor a experiência psicológica da gravidez, compreendendo a vivência e a evolução da interacção com o bebé, das transformações do corpo grávido e do relacionamento conjugal ao longo da gestação.

PARTICIPAÇÃO:

Solicitamos assim a sua participação, pelo preenchimento do questionário de acordo com a sua experiência e opinião pessoal relativa à actual gravidez.

Toda a informação fornecida é totalmente confidencial e será tratada **anonimamente** como parte de um conjunto de 100 grávidas participantes no estudo. Nenhuma informação individual e identificada será fornecida a qualquer autoridade, e não terá qualquer outro fim que não uma melhor compreensão da vivência psicológica da gravidez.

A sua participação é totalmente livre e voluntária, e será completamente independente do seu processo de acompanhamento pela Maternidade de Júlio Dinis.

**Vimos assim solicitar a sua participação no referido estudo,
agradecendo desde já toda a atenção dispensada.**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ (nome),
declaro o meu consentimento em participar no estudo no âmbito da Psicologia da Gravidez, desenvolvido pela Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.

Para isso, disponibilizo-me a preencher um questionário por um período de tempo de cerca de 20 minutos, de acordo com a minha experiência e opinião pessoal em relação à minha actual gravidez.

A minha participação é anónima e totalmente confidencial.

_____/_____/_____
Data

Assinatura

O estudo pretende ainda acompanhar a evolução da experiência de gravidez de algumas participantes.
Gostaria de colaborar no desenvolvimento deste estudo mediante um contacto posterior numa próxima consulta?

☐ Sim ☐ Não

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO GERAL

Idade	_____ anos.		Nacionalidade: _____	
Local de Residência	Concelho: _____		Freguesia: _____	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casada: 1º casamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não			
Idade da relação com o pai	_____ anos.			
Primeiro filho?	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. Nº Filhos e idade(s) _____.			
Idade das gravidez	_____ semanas / meses.			
Como se sentiu o bebé?	<input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Vagamente. <input type="checkbox"/> Muito.			
Gravidez Planeada	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Não.			
Dificuldade em engravidar?	<input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim, alguma. <input type="checkbox"/> Sim, muita. Teve apoio médico na concepção? _____			
Como se sentiu quando soube que estava grávida?	1. Feliz? <input type="checkbox"/> Muito. <input type="checkbox"/> Bastante. <input type="checkbox"/> Um pouco. <input type="checkbox"/> Nada. 2. Preocupada? <input type="checkbox"/> Muito. <input type="checkbox"/> Bastante. <input type="checkbox"/> Um pouco. <input type="checkbox"/> Nada.			
Como se sentiu o seu marido / companheiro quando soube?	1. Feliz? <input type="checkbox"/> Muito. <input type="checkbox"/> Bastante. <input type="checkbox"/> Um pouco. <input type="checkbox"/> Nada. 2. Preocupado? <input type="checkbox"/> Muito. <input type="checkbox"/> Bastante. <input type="checkbox"/> Um pouco. <input type="checkbox"/> Nada.			
Com quem vive?	<input type="checkbox"/> Marido/Companh. <input type="checkbox"/> Mãe/Pai/Sogros. <input type="checkbox"/> Outros _____.			
Quem dos outros na Gravidez: (se disponíveis para apoiar no que precisar)	<input type="checkbox"/> Nenhum. <input type="checkbox"/> Pouco. <input type="checkbox"/> Bastante. <input type="checkbox"/> Muito.			
Quem são as pessoas que mais a ajudam? (em ordem de importância: 1º, 2º, 3º, ...)	<input type="checkbox"/> Marido/Comp. <input type="checkbox"/> Pai / Mãe <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Sogra / Sogro <input type="checkbox"/> Amigos, vizinhos, colegas _____			
Proximidade dos Pais: (frequência do contacto)	Mãe	<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Inexistente, porque _____.		
	Pai	<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Inexistente, porque _____.		
Exames já fez ao bebé?	<input type="checkbox"/> Ecografia <input type="checkbox"/> Amniocentese <input type="checkbox"/> Cardiotocografia <input type="checkbox"/> Outros _____. (ouvir o coração do bebé)			
Intervenções médicas na gravidez	<input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____.			
Tem tido algum aborto?	<input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Quantos _____. Há quanto tempo? _____.			
Tem tido apoio psiquiátrico ou psicológico?	<input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Depressão. <input type="checkbox"/> Outras razões: _____. Há quanto tempo? _____.			
Nível de Escolaridade:	_____ anos.	Profissão: _____.	<input type="checkbox"/> Empregada. <input type="checkbox"/> Desempregada. Situação Profissional: <input type="checkbox"/> Outra: _____.	
Idade do marido/companh.:	_____ anos.	Profissão: _____.	<input type="checkbox"/> Empregado. <input type="checkbox"/> Desempregado. Situação Profissional: <input type="checkbox"/> Outra: _____.	
Quer colaborar no desenvolvimento deste estudo a partir de um 2º contacto?	<input type="checkbox"/> Sim. Telefones de Contacto: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Não. Morada: _____ Outras formas possíveis de contacto: _____			

QUESTIONÁRIO DA VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ *

Não ①	Um Pouco ②	Mais ou Menos ③	Bastante ④	Muito ⑤
1. Canso-me e fico sem fôlego facilmente.			① ② ③ ④ ⑤	
2. Sinto-me bonita.			① ② ③ ④ ⑤	
3. A relação com o meu marido (companheiro) tem estado tensa (irritabilidade, silêncios desagradáveis, etc.).			① ② ③ ④ ⑤	
4. Transpiro muito.			① ② ③ ④ ⑤	
5. Tenho sentido desejo sexual pelo meu marido (companheiro).			① ② ③ ④ ⑤	
6. Vomito ou tenho vômitos.			① ② ③ ④ ⑤	
7. Preocupo-me com a ideia de poder não ser uma boa mãe.			① ② ③ ④ ⑤	
8. As discussões entre mim e o meu marido (companheiro) são violentas.			① ② ③ ④ ⑤	
9. Sinto-me a desmaiar ou com tonturas.			① ② ③ ④ ⑤	
10. Tenho medo de magoar o bebé.			① ② ③ ④ ⑤	
11. Sinto que o meu marido me deseja sexualmente.			① ② ③ ④ ⑤	
12. Gosto do cheiro do meu corpo.			① ② ③ ④ ⑤	
13. Tenho sentido vontade de ter relações sexuais.			① ② ③ ④ ⑤	
14. Preocupo-me com a ideia de não ter tempo para mim, quando o bebé nascer.			① ② ③ ④ ⑤	
15. Sinto que é fácil demonstrar afecto ao meu marido (companheiro).			① ② ③ ④ ⑤	
16. Preferia não ter engravidado.			① ② ③ ④ ⑤	
17. Sinto formigueiro (ou "picadelas") no peito.			① ② ③ ④ ⑤	
18. Acho que o meu peito está pequeno.			① ② ③ ④ ⑤	
19. Gosto da forma do meu corpo.			① ② ③ ④ ⑤	
20. Sinto-me inibida no que se refere ao relacionamento sexual.			① ② ③ ④ ⑤	
21. Acho a minha cara bonita.			① ② ③ ④ ⑤	
22. Gosto da ideia de usar roupa de grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
23. Sinto que as relações sexuais são menos íntimas, por estar um bebé dentro de mim.			① ② ③ ④ ⑤	
24. Sinto-me feliz por estar grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
25. Sinto prazer nos beijos e carícias.			① ② ③ ④ ⑤	
26. O meu marido (companheiro) ajuda-me nas tarefas domésticas.			① ② ③ ④ ⑤	
27. Tenho problemas de obstipação (prisão de ventre).			① ② ③ ④ ⑤	
28. Tenho pensado em ter mais filhos.			① ② ③ ④ ⑤	
29. Sinto que estar grávida é desagradável.			① ② ③ ④ ⑤	

Não ①	Um Pouco ②	Mais ou Menos ③	Bastante ④	Muito ⑤
30. Preocupa-me que ao ter relações sexuais possa magoar o bebé.				① ② ③ ④ ⑤
31. Acho que o meu peito está muito grande.				① ② ③ ④ ⑤
32. Sinto-me cheia de energia.				① ② ③ ④ ⑤
33. Os meus tornozelos estão inchados				① ② ③ ④ ⑤
34. Sinto que o meu marido (companheiro) me presta pouca atenção.				① ② ③ ④ ⑤
35. Sinto-me bem desperta durante o dia.				① ② ③ ④ ⑤
36. Sinto que o meu marido (companheiro) ignora os meus sentimentos.				① ② ③ ④ ⑤
37. O meu marido (companheiro) interessa-se pelas minhas coisas e preocupações.				① ② ③ ④ ⑤
38. Tenho problemas de má digestão ou azia.				① ② ③ ④ ⑤
39. Sinto-me tensa e triste ao pensar no meu relacionamento sexual.				① ② ③ ④ ⑤
40. Tenho sentido vontade de cuidar do meu bebé.				① ② ③ ④ ⑤
41. Tenho enjoos.				① ② ③ ④ ⑤
42. Sinto que o relacionamento sexual é desagradável.				① ② ③ ④ ⑤
43. Acho que o meu marido (companheiro) sai demasiadas vezes sem mim.				① ② ③ ④ ⑤
44. Sinto-me orgulhosa da minha aparência.				① ② ③ ④ ⑤
45. É com facilidade que fico sexualmente excitada.				① ② ③ ④ ⑤
46. Tenho tido fantasias sexuais.				① ② ③ ④ ⑤
47. Sinto o meu corpo macio e fofo.				① ② ③ ④ ⑤
48. Sinto-me próxima do meu marido (companheiro) desde que fiquei grávida.				① ② ③ ④ ⑤
49. Sinto que o seu corpo está desajeitado ou sem graça.				① ② ③ ④ ⑤
50. Sinto vontade de abraçar o meu marido (companheiro) e de o acariciar.				① ② ③ ④ ⑤
51. Tenho-me perguntado a mim própria se o bebé será saudável e normal.				① ② ③ ④ ⑤
52. O meu marido (companheiro) tem demonstrado afecto por mim.				① ② ③ ④ ⑤
53. Acho que a minha pele ficou pior.				① ② ③ ④ ⑤
54. Sinto que a minha vida vai ser mais difícil depois de o bebé nascer.				① ② ③ ④ ⑤
55. Acho que o meu peito está bonito.				① ② ③ ④ ⑤
56. Gostava de poder contar mais com o meu marido (companheiro) para tratar de mim.				① ② ③ ④ ⑤
57. Sinto que estou muito gorda.				① ② ③ ④ ⑤
58. Tenho desejado ter relações sexuais.				① ② ③ ④ ⑤
59. Como com prazer.				① ② ③ ④ ⑤
60. Gosto da ideia de amamentar o meu filho.				① ② ③ ④ ⑤

QUESTIONÁRIO DA VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ *

Não Concordo ①	Concordo Um Pouco ②	Concordo Mais ou Menos ③	Concordo Bastante ④	Concordo Totalmente ⑤
1. A minha mãe tem-me apoiado muito.			① ② ③ ④ ⑤	
2. Este bebé vai alterar a minha vida.			① ② ③ ④ ⑤	
3. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas.			① ② ③ ④ ⑤	
4. Tento evitar passar muito tempo com a minha mãe.			① ② ③ ④ ⑤	
5. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar.			① ② ③ ④ ⑤	
6. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto.			① ② ③ ④ ⑤	
7. Sempre me senti muito próxima da minha mãe.			① ② ③ ④ ⑤	
8. Tenho pensado que depois do meu bebé nascer a minha vida vai mudar.			① ② ③ ④ ⑤	
9. Sinto-me menos atraente agora que estou grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
10. A minha mãe não concorda comigo em relação ao modo de educar uma criança.			① ② ③ ④ ⑤	
11. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.			① ② ③ ④ ⑤	
12. Às vezes sinto-me atrapalhada pela forma do meu corpo, agora que estou grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações.			① ② ③ ④ ⑤	
14. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente.			① ② ③ ④ ⑤	
15. Eu gosto de ter a aparência de grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
16. Considero a minha mãe como uma verdadeira amiga.			① ② ③ ④ ⑤	
17. Ter filhos altera a vida de uma mulher.			① ② ③ ④ ⑤	
18. Preocupa-me que o meu corpo não volte a ser o mesmo depois da gravidez.			① ② ③ ④ ⑤	
19. A minha mãe fazia-me mimos.			① ② ③ ④ ⑤	
20. Esta gravidez não muda a minha vida.			① ② ③ ④ ⑤	
21. Prefiro usar roupas que disfarcem a barriga, agora que estou grávida.			① ② ③ ④ ⑤	

Não Concordo ①	Concordo Um Pouco ②	Concordo Mais ou Menos ③	Concordo Bastante ④	Concordo Totalmente ⑤
22. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou.			① ② ③ ④ ⑤	
23. Com a gravidez sinto-me mais responsável.			① ② ③ ④ ⑤	
24. Prefiro usar roupas que mostrem a barriga, agora que estou grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
25. A minha mãe não me ajudou tanto como eu necessitava.			① ② ③ ④ ⑤	
26. Tenho pensado que a gravidez é uma fase muito importante da minha vida.			① ② ③ ④ ⑤	
27. Gosto que as pessoas olhem para a minha barriga, agora que estou grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
28. Desde que estou grávida, compreendo melhor a minha mãe.			① ② ③ ④ ⑤	
29. A gravidez faz-me sentir importante.			① ② ③ ④ ⑤	
30. Fico satisfeita quando as pessoas notam que estou grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
31. Desde que fiquei grávida, a relação com a minha mãe mudou.			① ② ③ ④ ⑤	
32. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor.			① ② ③ ④ ⑤	
33. Agora que estou grávida, gosto quando as outras pessoas tocam na minha barriga.			① ② ③ ④ ⑤	
34. Agora que estou grávida, a minha mãe passou a ver-me de forma diferente.			① ② ③ ④ ⑤	
35. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico.			① ② ③ ④ ⑤	
36. Deixo as outras pessoas pousarem a mão na minha barriga para sentirem o bebé.			① ② ③ ④ ⑤	
37. A gravidez não alterou em nada a relação com a minha mãe.			① ② ③ ④ ⑤	
38. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher.			① ② ③ ④ ⑤	
39. Gosto de me ver com o corpo de grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
40. A minha mãe trata-me como se eu ainda fosse uma criança.			① ② ③ ④ ⑤	
41. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio.			① ② ③ ④ ⑤	
42. Gosto mais do meu corpo, agora que estou grávida.			① ② ③ ④ ⑤	
43. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos.			① ② ③ ④ ⑤	
44. Sinto-me muito vaidosa com o formato da minha barriga.			① ② ③ ④ ⑤	

QUESTIONÁRIO DA RELAÇÃO COM O BEBÉ *

Não ①	Um Pouco ②	Mais ou Menos ③	Bastante ④	Muito ⑤
1. Converso com o meu bebé.				① ② ③ ④ ⑤
2. Acho que todo o incómodo da gravidez vale a pena.				① ② ③ ④ ⑤
3. Gosto de ver a barriga a mexer quando o bebé dá pontapés.				① ② ③ ④ ⑤
4. Imagino-me a dar o leite ao bebé.				① ② ③ ④ ⑤
5. Estou desejosa de ver como será o bebé.				① ② ③ ④ ⑤
6. Ponho-me a pensar se o bebé se sente apertado dentro da barriga.				① ② ③ ④ ⑤
7. Uso um diminutivo (nome carinhoso ou engraçado) para falar do bebé.				① ② ③ ④ ⑤
8. Imagino-me a cuidar do meu bebé.				① ② ③ ④ ⑤
9. Quase adivinho como será o bebé pela forma como se mexe.				① ② ③ ④ ⑤
10. Já escolhi um nome no caso de ser menina.				① ② ③ ④ ⑤
11. Faço coisas para estar saudável que não faria se não estivesse grávida.				① ② ③ ④ ⑤
12. Ponho-me a pensar se o bebé ouve dentro da barriga.				① ② ③ ④ ⑤
13. Já escolhi um nome no caso de ser rapaz.				① ② ③ ④ ⑤
14. Ponho-me a pensar se o bebé já pensa e sente.				① ② ③ ④ ⑤
15. Tenho uma alimentação mais saudável por causa da gravidez.				① ② ③ ④ ⑤
16. Parece que o meu bebé me avisa quando está na hora de comer.				① ② ③ ④ ⑤
17. Mexo na minha barriga para que o bebé me responda.				① ② ③ ④ ⑤
18. Estou desejosa por pegar no bebé.				① ② ③ ④ ⑤
19. Ponho-me a imaginar como vai ser o bebé.				① ② ③ ④ ⑤
20. Carrego na barriga para acalmar o bebé quando ele está a mexer muito.				① ② ③ ④ ⑤
21. Apercebo-me quando o bebé está com soluços.				① ② ③ ④ ⑤
22. Sinto que o meu corpo está feio.				① ② ③ ④ ⑤
23. Tenho deixado de fazer certas coisas para o bebé ser saudável.				① ② ③ ④ ⑤
24. Carrego na barriga para mudar o bebé de posição.				① ② ③ ④ ⑤

QUESTIONÁRIO DA VIVÊNCIA DO CORPO *

Não Concordo ①	Concordo Um Pouco ②	Concordo Mais ou Menos ③	Concordo Bastante ④	Concordo Totalmente ⑤
-------------------	---------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

1. Acho que cuidar do meu corpo melhora o meu bem estar.	①	②	③	④	⑤
2. Não gosto que me toquem.	①	②	③	④	⑤
3. Gosto de fazer coisas perigosas.	①	②	③	④	⑤
4. Dou importância à minha aparência.	①	②	③	④	⑤
5. Sinto-me frustrada com a minha aparência física.	①	②	③	④	⑤
6. Gosto de estar em contacto físico com as outras pessoas.	①	②	③	④	⑤
7. Não tenho medo de participar em actividades perigosas.	①	②	③	④	⑤
8. Gosto de "mimar" o meu corpo.	①	②	③	④	⑤
9. Tenho tendência a conservar distância da pessoa com quem estou a falar.	①	②	③	④	⑤
10. Sinto-me satisfeita com a minha aparência.	①	②	③	④	⑤
11. Sinto-me desconfortável quando alguém se aproxima demasiado de mim.	①	②	③	④	⑤
12. Sinto prazer em tomar banho.	①	②	③	④	⑤
13. Odeio o meu corpo.	①	②	③	④	⑤
14. Considero que é muito importante cuidar do corpo.	①	②	③	④	⑤
15. Quando me magoo, trato imediatamente da ferida.	①	②	③	④	⑤
16. Sinto-me confortável com o meu corpo.	①	②	③	④	⑤
17. Sinto raiva em relação ao meu corpo.	①	②	③	④	⑤
18. Olho sempre para os dois lados antes de atravessar a rua.	①	②	③	④	⑤
19. Costumo usar produtos de beleza.	①	②	③	④	⑤
20. Gosto de tocar as pessoas que me são chegadas.	①	②	③	④	⑤
21. Gosto da minha aparência apesar das suas imperfeições.	①	②	③	④	⑤
22. Às vezes magoo-me de propósito.	①	②	③	④	⑤
23. Sinto-me confortada quando alguém que me é chegado me abraça.	①	②	③	④	⑤
24. Tenho cuidado comigo sempre que sinto um sinal de doença.	①	②	③	④	⑤

QUESTIONÁRIO DA RELAÇÃO COM O BEBÉ *

Por favor responda às seguintes questões de acordo com as últimas duas semanas.

Tenho pensado ou estado preocupada com o bebé:	<input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> com muita frequência <input type="checkbox"/> com frequência <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca
Quando eu falo sobre o meu bebé ou penso nele, os meus sentimentos são:	<input type="checkbox"/> muito vagos ou inexistentes <input type="checkbox"/> bastante vagos <input type="checkbox"/> entre o vago e o forte <input type="checkbox"/> bastante fortes <input type="checkbox"/> muito fortes
Os meus sentimentos pelo bebé têm sido:	<input type="checkbox"/> muito positivos <input type="checkbox"/> positivos <input type="checkbox"/> uma mistura de positivos e negativos <input type="checkbox"/> negativos <input type="checkbox"/> muito negativos
A minha vontade de ler ou saber coisas sobre o bebé tem sido:	<input type="checkbox"/> muito vaga ou inexistente <input type="checkbox"/> bastante vaga <input type="checkbox"/> entre o vago e o forte <input type="checkbox"/> bastante forte <input type="checkbox"/> muito forte
Tenho tentado imaginar como será o meu bebé dentro da minha barriga:	<input type="checkbox"/> constantemente <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> com frequência <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> nunca
Tenho pensado no bebé dentro de mim principalmente como:	<input type="checkbox"/> um pequeno ser real com características próprias <input type="checkbox"/> um bebé como todos os outros <input type="checkbox"/> um feto <input type="checkbox"/> um conjunto de células com vida <input type="checkbox"/> um conjunto de células que ainda não tem vida propriamente dita
Tenho sentido que o meu bebé depende de mim para o seu bem estar:	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> bastante <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> nada
Tenho dado por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha:	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> com frequência <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> sempre que estou sozinha
Quando penso no meu bebé ou falo com ele os meus sentimentos são:	<input type="checkbox"/> sempre de carinho e afecto <input type="checkbox"/> quase sempre de carinho e afecto <input type="checkbox"/> um misto de carinho e irritação <input type="checkbox"/> de bastante irritação <input type="checkbox"/> de muita irritação

A imagem que eu tenho do bebé dentro da minha barriga nesta fase é:	<input type="checkbox"/> muito clara <input type="checkbox"/> bastante clara <input type="checkbox"/> bastante vaga <input type="checkbox"/> muito vaga <input type="checkbox"/> não tenho ideia nenhuma de como ele é
Quando eu penso no meu bebé, sinto-me:	<input type="checkbox"/> muito triste <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> com uma mistura de felicidade e tristeza <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> muito feliz
Por vezes algumas grávidas sentem-se tão irritadas com o seu bebé que lhes apetece magoá-lo ou castigá-lo:	<input type="checkbox"/> não imagino que alguma vez me possa sentir assim <input type="checkbox"/> imagino que pudesse alguma vez sentir-me assim, mas na realidade nunca aconteceu <input type="checkbox"/> eu própria já me senti assim uma ou duas vezes <input type="checkbox"/> já me senti assim algumas vezes <input type="checkbox"/> já me senti assim muitas vezes
Tenho sentido pelo meu bebé:	<input type="checkbox"/> uma grande distância emocional <input type="checkbox"/> alguma distância emocional <input type="checkbox"/> não muita proximidade emocional <input type="checkbox"/> alguma proximidade emocional <input type="checkbox"/> uma grande proximidade emocional
Tenho tido cuidado com o que como para que o bebé tenha uma boa alimentação:	<input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> poucas vezes <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> quase sempre que como <input type="checkbox"/> sempre que como
Quando eu vir o meu bebé pela primeira vez, acho que vou sentir:	<input type="checkbox"/> muito carinho <input type="checkbox"/> carinho <input type="checkbox"/> desilusão com uma ou duas características do bebé <input type="checkbox"/> desilusão com algumas características do bebé <input type="checkbox"/> desagrado
Quando o bebé nascer quero pegar-lhe:	<input type="checkbox"/> imediatamente <input type="checkbox"/> logo que tenha sido embrulhado num cobertor <input type="checkbox"/> logo que tenha sido lavado <input type="checkbox"/> depois de eu ter descansado um pouco <input type="checkbox"/> no dia seguinte
Tenho sonhado com o bebé ou a gravidez:	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> com frequência <input type="checkbox"/> muitas vezes <input type="checkbox"/> quase todas as noites
Tenho dado por mim a sentir ou a procurar com a mão o bebé na minha barriga:	<input type="checkbox"/> muitas vezes por dia <input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> já me aconteceu uma vez <input type="checkbox"/> nunca
Se eu perdesse o bebé neste momento (por acidente) sem dor ou danos para mim própria, eu acho que me sentiria:	<input type="checkbox"/> muito feliz <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> com uma mistura de sentimentos <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> muito triste

QUESTIONÁRIO DA RELAÇÃO COM OS PAIS *

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo um pouco	4 Concordo um pouco	5 Concordo	6 Concordo Totalmente
			PAI	MÃE	
Os meus pais estão sempre a interferir em assuntos que só têm a ver comigo.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Tenho confiança que a minha relação com os meus pais se vai manter no tempo.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
É fundamental para mim que os meus pais concordem com aquilo que eu penso.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais impõem a maneira deles de ver as coisas.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Apesar das minhas divergências com os meus pais, eles são únicos para mim.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Penso constantemente que não posso viver sem os meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais desencorajam-me quando quero experimentar uma coisa nova.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais conhecem-me bem.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Só consigo enfrentar situações novas se os meus pais estiverem comigo.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Não vale muito a pena discutirmos porque nem eu nem os meus pais damos o braço a torcer.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Confio nos meus pais para me apoiarem em momentos difíceis da minha vida.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Estou sempre ansiosa por ir a casa dos meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais preocupam-se demasiadamente comigo e intrometem-se onde não são chamados.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Em muitas coisas eu admiro os meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Eu e os meus pais é como se fôssemos um só.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Na minha família, é problema eu ter gostos diferentes dos meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo um pouco	4 Concordo um pouco	5 Concordo	6 Concordo Totalmente
			PAI	MÃE	
Apesar dos meus conflitos com os meus pais, tenho orgulho neles.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais são as únicas pessoas importantes na minha vida.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Discutir assuntos com os meus pais é uma perda de tempo e não leva a nada nenhum.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Sei que posso contar com os meus pais sempre que precisar deles.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Faço tudo para agradar aos meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais dificilmente me dão ouvidos.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais têm um papel importante na minha vida.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Tenho medo de ficar sozinha se um dia perder os meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais abafam a minha verdadeira forma de ser.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Não sou capaz de enfrentar situações difíceis sem o apoio dos meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais fazem-me sentir bem comigo própria.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Os meus pais têm a mania que sabem sempre o que é melhor para mim.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Se tivesse de ir morar para longe dos meus pais, sentir-me-ia perdida.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Apesar de gostar muito de estar com o meu marido/ companheiro, é bom ir para casa dos meus pais.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	
Eu e os meus pais temos uma relação de confiança.			①②③④⑤⑥	①②③④⑤⑥	

QUESTIONÁRIO DA RELAÇÃO COM O COMPANHEIRO *

ense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala para expressar o que sente em relação a cada expressão:

Nada Satisfeita ①	Pouco Satisfeita ②	Razoavelmente Satisfeita ③	Satisfeita ④	Muito Satisfeita ⑤	Completamente Satisfeita ⑥
------------------------------------	-------------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------	---

cada um dos itens deve escolher o número da escala que melhor descreve o que sente, assinalando o número correspondente.

1. O modo como gerimos a nossa situação financeira.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
2. A distribuição de tarefas domésticas.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3. O modo como tomamos decisões.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4. A distribuição de responsabilidades.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
5. O modo como passamos os tempos livres.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6. A quantidade de tempos livres.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
7. O modo como nos relacionamos com os amigos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
9. O modo como nos relacionamos com a minha família.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
10. A minha privacidade e autonomia.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
11. A privacidade e autonomia do meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
12. A nossa relação com a minha profissão.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
13. A nossa relação com a profissão do meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
14. A frequência com que conversamos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
15. O modo como conversamos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
16. Os assuntos sobre os quais conversamos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
17. A frequência dos conflitos que temos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
18. O modo como resolvemos os conflitos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
19. O que sinto pelo meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
20. O que o meu marido sente por mim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
22. O modo como o meu marido expressa o que sente por mim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
23. O desejo sexual que sinto pelo meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
24. O desejo sexual que o meu marido sente por mim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
25. A frequência com que temos relações sexuais.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
27. O prazer que o meu marido sente quando temos relações sexuais.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
28. A qualidade das nossas relações sexuais.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
29. O apoio emocional que dou ao meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
30. O apoio emocional que o meu marido me dá.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
31. A confiança que tenho no meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
32. A confiança que o meu marido tem em mim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
33. A admiração que sinto pelo meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
34. A admiração que o meu marido sente por mim.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
35. A partilha de interesses e actividades.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
36. A atenção que dedico aos interesses do meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
37. A atenção que o meu marido dedica aos meus interesses.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
38. Os nossos projectos para o futuro.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
40. As expectativas do meu marido quanto ao futuro da nossa relação.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
41. O aspecto físico do meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
42. A opinião que o meu marido tem sobre o meu aspecto físico.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
43. As características e hábitos do meu marido.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
44. A opinião que o meu marido tem sobre as minhas características e hábitos.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥